



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

**Consultations particulières concernant la consommation
de médicaments et la recherche et développement
dans ce secteur au Québec (2)**

Le mardi 5 mars 1996 — N° 40

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

115 \$ débats de la Chambre — 10 \$ Index
325 \$ débats des commissions parlementaires
105 \$ commission de l'aménagement et des équipements
75 \$ commission du budget et de l'administration
70 \$ commission des institutions
65 \$ commission des affaires sociales
60 \$ commission de l'économie et du travail
40 \$ commission de l'éducation
35 \$ commission de la culture
20 \$ commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
5 \$ commission de l'Assemblée nationale

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 5 mars 1996

Table des matières

Auditions	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	1
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	17
Document déposé	26
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	33
Ordre des pharmaciens du Québec	50
Conseil des aînés	66

Intervenants

M. Russell Williams, président
Mme Lyse Leduc, présidente suppléante
M. André Gaulin, président suppléant

M. Pierre Marsan
Mme Solange Charest
Mme Céline Signori
M. Régent L. Beaudet
M. Michel Létourneau
M. Russell Copeman
M. Claude Boucher
M. Serge Deslières

- * M. Rénald Dutil, FMOQ
- * M. William J. Barakett, idem
- * M. Georges Boileau, idem
- * M. Michel Lafrenière, idem
- * M. Pierre Gauthier, FMSQ
- * M. Onil Gleeton, idem
- * M. Michel Brazeau, idem
- * M. Yves Dugré, idem
- * Mme Gyslaine Desrosiers, OIIQ
- * Mme Marie Valois, idem
- * Mme Francine Nadon, idem
- * Mme Pauline Garon, idem
- * Mme Marie-Josée Paquin, idem
- * Mme France Gareau, idem
- * Mme Janine Matte, Ordre des pharmaciens du Québec
- * M. Alain Boisvert, idem
- * M. Richard Blais, idem
- * Mme Nicole Dumont-Larouche, Conseil des aînés
- * M. Philippe Lapointe, idem
- * Mme Claire Frève, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 5 mars 1996

**Consultations particulières concernant la consommation de médicaments
et la recherche et développement dans ce secteur au Québec**

(Dix heures quinze minutes)

Le Président (M. Williams): Bienvenue à la commission des affaires sociales. Nous avons quorum. Avant de commencer le travail de la commission aujourd'hui, je voudrais juste rappeler le mandat de notre commission. Je vais lire ça. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des audiences publiques dans le cadre du mandat d'initiative à l'effet d'étudier le fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec et de faire des recommandations visant une meilleure utilisation des médicaments tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Merci. Je voudrais juste aussi mentionner notre ordre du jour aujourd'hui. Nous allons avoir le plaisir de rencontrer la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; aussi, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, à 11 h 30. Plus tard, cet après-midi, à 15 heures, nous allons rencontrer l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. À 16 h 30, nous allons rencontrer l'Ordre des pharmaciens du Québec. Et, finalement, ce soir, nous allons écouter le Conseil des aînés, à 20 heures. Nous allons terminer à 21 h 30.

Bienvenue à la commission des affaires sociales. Avant de commencer, je voudrais juste aussi dire que nous allons donner 90 minutes pour chaque présentation. Ça nous donne plus ou moins une période de présentation de 20 minutes et 70 minutes pour la période d'échange entre les députés et ceux et celles qui ont présenté. Nous allons essayer de diviser le temps également, et je voudrais encourager que nous allons procéder avec la règle de l'alternance, un à la fois, de chaque côté. Bon. Je pense qu'on peut commencer, Mme la secrétaire.

Auditions

Bienvenue à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. M. Dutil, bienvenue. Est-ce que vous pouvez présenter votre délégation?

**Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

M. Dutil (Rénald): Bien sûr, M. le Président. C'est la première chose que je voulais faire, de présenter:

d'abord, à mon extrême droite, le Dr Georges Boileau, qui est directeur des communications au niveau de la Fédération des médecins du Québec; le Dr William J. Barakett, qui est vice-président de la Fédération; et, à ma gauche, le Dr Michel Lafrenière, qui est membre du Bureau de la Fédération et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec; et moi-même, Rénald Dutil, qui suis le président de la Fédération.

Alors, je vous remercie de nous recevoir à votre commission. Bien sûr, le sujet dont traite cette commission est fort important pour nous, médecins omnipraticiens. Nous avons lu avec beaucoup d'attention le document préparé par Mme Suzanne Langevin. Et, d'entrée de jeu, on peut vous dire que notre Fédération se montre aussi très sensible à l'augmentation du coût des médicaments, tant pour les particuliers, les usagers, que pour les contribuables qui ont à financer les programmes d'assurance-médicaments publics.

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur chacune des données contenues dans le mémoire que nous avons préparé, mais on veut rappeler, au départ, que la prescription d'un médicament n'est pas un acte isolé. C'est un acte qui fait suite à une histoire, à un examen physique, parfois à des tests de laboratoire, et c'est une réponse à un problème donné. C'est le cheminement qui est suivi, bien sûr, pour toute prescription d'un médicament. Ce n'est donc pas le médecin qui, en soi, est responsable de la consommation du médicament, mais c'est la pathologie que présente un patient.

• (10 h 20) •

Il y a plusieurs facteurs qui influencent les coûts, et Mme Langevin, dans son document, en signale plusieurs. Le vieillissement de la population en est un; non seulement l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais le vieillissement même des strates d'âge de notre population. Il y a aussi beaucoup d'autres facteurs. L'apparition de pathologies nouvelles comme le sida en est un, et non le moindre. Toute l'instabilité économique et politique, la pauvreté ne sont pas sans engendrer des problèmes de santé qui, ultimement, peuvent se traduire par la prescription d'un grand nombre de médicaments. Il faut également considérer qu'on recherche, dans notre société, une plus grande qualité de vie. Il faut savoir aussi que, dans les programmes d'assurance-médicaments qui sont couverts par notre régime public, le Québec demeure encore l'une des provinces les plus généreuses au Canada.

L'étude du coût des médicaments doit tenir compte de plusieurs facteurs et on le fait dans le document gouvernemental qui nous est soumis. Il faut tenir compte aussi des retombées économiques pour le Québec. L'industrie des médicaments est fort bien implantée au Québec,

comme vous savez. Il faut tenir compte aussi des gains de productivité même au niveau des consommateurs de médicaments. Lorsqu'on traite une pneumonie avec des antibiotiques beaucoup plus puissants et effectifs et qu'on réussit soit à réduire la durée de séjour dans les centres hospitaliers ou encore à réinsérer dans son travail la personne qui est malade, il y a là des économies parfois difficiles à chiffrer, mais qui sont des économies bien réelles. Alors, il faut toujours garder en perspective de tels bénéfices lorsqu'on discute du coût des médicaments, et surtout des médicaments les plus récents, qui sont très dispendieux.

Il y a d'autres considérations générales qu'on souhaite vous faire. On est, bien sûr, tout à fait en accord avec la rationalisation de l'utilisation des médicaments, mais toute rationalisation doit d'abord viser une amélioration de la qualité des soins. Un meilleur contrôle doit aussi avoir comme objectif, d'abord, d'améliorer la qualité des soins, mais, bien sûr, accessoirement, aussi un meilleur contrôle des coûts, puisque, surtout dans les contextes qu'on connaît, les coûts financiers des programmes médicaments publics sont quand même importants à considérer.

Je vous disais que, parmi les facteurs occasionnant les coûts, il y avait le vieillissement de la population, il y avait de nouvelles maladies, mais il y a aussi beaucoup de molécules nouvelles, de nouveaux traitements qui sont mis de l'avant. La thrombolyse, par exemple, fait appel à des médicaments qui sont dispendieux mais très efficaces et qui, encore une fois, vont souvent abréger, et de beaucoup, la durée d'hospitalisation et surtout réduire la morbidité, si ce n'est la mortalité, associée aux maladies qu'on traite avec de telles molécules pharmacologiques.

Les médecins, aussi, sont très soucieux de favoriser la fidélité au traitement. C'est pour ça qu'assez souvent on va prescrire des médicaments de longue durée qui parfois ne sont pas inscrits au formulaire, qui parfois sont plus coûteux aussi, parce que ça augmente la fidélité au traitement. On sait que, dans le cadre du virage ambulatoire, cette question de fidélité au traitement devient particulièrement importante. Nous avons, comme fédération, appuyé, comme le gouvernement du Québec d'ailleurs, les amendements à la loi fédérale sur les brevets afin de mieux protéger l'industrie pharmaceutique innovatrice. Nous l'avons fait pour les raisons suivantes: l'obtention de médicaments plus puissants avec moins d'effets secondaires, la participation de cette industrie à la formation médicale continue, à l'enseignement et à la recherche — et c'est une participation qui n'est pas négligeable, loin de là. Maintenant que les compagnies innovatrices sont mieux protégées, nous croyons qu'il y a quand même place pour l'utilisation des médicaments dits génériques, pourvu que la qualité soit bien assurée.

Lorsqu'on discute de la prescription de médicaments, de leur trop grande consommation, il faut faire attention de ne pas faire du médecin un bouc émissaire, comme on a eu trop souvent tendance à le faire lors

d'un colloque qu'on avait fait, en 1993, sur l'utilisation rationnelle des médicaments pour les personnes âgées. Nous sommes aussi soucieux, et peut-être bien davantage, que d'autres groupes parce que nous sommes des médecins qui côtoyons tous les jours des personnes malades, soucieux de les aider, de les soulager, toujours, sinon de les guérir. Mais nous avons toujours ce devoir de les soulager et, bien souvent, c'est avec l'aide de médicaments qu'on y arrive, mais pas seulement des médicaments, bien sûr. Alors, il faut faire attention lorsqu'on discute de cette problématique pour bien identifier les pistes d'étude qui puissent nous permettre d'en arriver à un meilleur contrôle, à une meilleure efficience dans l'utilisation des médicaments.

La contribution de la FMOQ à un meilleur contrôle des médicaments, elle peut se situer à divers niveaux. D'abord, au niveau de la formation médicale continue. Nous avons déjà un département de formation médicale continue qui est très actif et, à chaque année, nous organisons de nombreux colloques de formation continue. Plusieurs incluent des cours sur l'utilisation optimale des médicaments. Nous en avons tenu un, tout dernièrement, ici, à Québec, sur la gériatrie, et l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées fut un volet très important de ces deux jours de formation. Nous publions aussi des articles scientifiques dans une revue qui s'appelle *Le Médecin du Québec*, et, encore une fois, dans cette revue scientifique, l'utilisation des médicaments prend une place fort importante.

Nous croyons aussi qu'il devient important d'améliorer les mécanismes d'information du médecin et des consommateurs sur les médicaments. Au niveau de l'information, pensons d'abord à l'informatique. Nous avons participé de façon très active à l'expérimentation de la carte à puce dans la région de Rimouski. Pour nous, il faut aller beaucoup plus loin et explorer toutes les possibilités de l'informatique. Il nous faut penser éventuellement à un dossier médical régional. Dans le moment, à l'extérieur d'un établissement, si vous consultez un médecin, bien sûr, on doit constituer un dossier. Si vous consultez un médecin d'une autre clinique, c'est un nouveau dossier qui se constitue, et ainsi de suite. Nous n'avons pas de dossier unique à l'extérieur des établissements. Et, dans les établissements, il y a un dossier unique, mais il n'y a pas un dossier unique pour divers types d'établissements. Si vous consultez dans deux hôpitaux, vous aurez un dossier dans chacun de ces hôpitaux. Il faut en arriver à la constitution d'un dossier médical unique. Probablement que la technologie informatique va nous permettre d'arriver à un tel objectif, tout en assurant, bien sûr, la confidentialité requise à cet effet. Pourquoi je parle du dossier unique? Parce que, à travers un dossier unique, nous aurions là toute l'information pertinente sur la consommation des médicaments par les gens que l'on traite.

Il y a aussi tout le domaine des relations médecins omnipraticiens et pharmaciens. Les relations omnipraticiens et pharmaciens sont des relations très importantes. Ce sont des relations qui se font tous les jours. Tous les

jours, nous recevons des appels de pharmaciens ou nous appelons le pharmacien, que ce soit pour contrôler certaines interactions médicamenteuses, que ce soit pour vérifier, parfois, des médicaments pris par des gens qu'on traite, des médicaments qu'on n'a pas prescrits. C'est une des grandes problématiques que nous avons, actuellement, souvent de traiter des gens qui arrivent, qui prennent d'autres médicaments prescrits pour des raisons qu'on connaît plus ou moins bien. Parfois, on ignore même que les gens qu'on traite prennent tel ou tel médicament. Personne n'est de mauvaise foi, mais on oublie de nous en informer. À cet égard, les relations médecin-pharmacien peuvent devenir extrêmement utiles. Je pense que ça devient important qu'un pharmacien qui constate que l'une des personnes qu'il dessert à sa pharmacie prend des médicaments de diverses sources où parfois il y a des interactions qui sont inappropriées, puisse en informer le médecin traitant dans les meilleurs délais, et vice versa. Nous avons aussi des informations qu'on peut transmettre au pharmacien.

Nous croyons aussi qu'il nous faudra établir des lignes directrices ou des guides de pratique dans l'utilisation des médicaments. Il y a déjà un programme sur lequel on travaille, au niveau de la Régie de l'assurance-maladie, qui s'appelle les RUM, les revues d'utilisation des médicaments. La Fédération est tout à fait prête à collaborer à un tel programme. Mais, dans nos établissements, là où il y a un CMDP, où il y a des mécanismes d'évaluation des actes médicaux — et ça inclut l'évaluation de la prescription de médicaments — ces revues d'utilisation des médicaments devront s'inscrire à l'intérieur de ces travaux d'évaluation qui sont faits, et des revues d'utilisation des médicaments devront être faites de façon systématique par ces comités. Il y a un comité de pharmacologie qui est obligatoire, en vertu de la loi, là où il y a un CMDP et le comité de pharmacologie devrait voir son mandat élargi pour inclure une telle revue d'utilisation des médicaments.

• (10 h 30) •

Nous croyons aussi qu'une revue d'utilisation des médicaments doit être mise en place pour les médecins qui ne sont pas membres d'établissements, qui pratiquent à l'extérieur d'un hôpital, par exemple, où il n'y a pas de CMDP. De tels programmes de revue d'utilisation des médicaments peuvent aussi être mis en place. Notre Fédération est tout à fait prête à l'établissement de tels programmes.

Actuellement, bien sûr, dans le cadre de la réforme, nous pensons à une réorganisation des soins de première ligne et, éventuellement, peut-être aurons-nous un département de médecine générale par région ou sous-région. Et, à l'intérieur de ce département, il pourrait très bien se créer un comité de pharmacologie, qui aurait pour mandat, entre autres, d'étudier toute l'utilité, la consommation des médicaments à l'intérieur de ce territoire. Alors, il y a donc là place à innover, et je pense qu'avec de telles initiatives on pourrait en arriver à implanter des guides de pratique sur l'utilisation des médicaments.

D'une façon plus spécifique, on peut évaluer certaines actions qui pourraient être entreprises presque à court terme. La prescription des anxiolytiques, par exemple, on sait fort bien — c'est un constat fait très souvent — qu'on prend trop d'anxiolytiques, Valium, Ativan, etc., pour nommer des noms connus. Et particulièrement chez les personnes âgées, cette consommation est trop grande et elle est aussi nocive à bien des égards. Alors, pour nous, on croit qu'à l'intérieur des programmes d'assurance-médicaments publics la prescription des anxiolytiques pourrait se limiter à trois semaines, à tout le moins envisager une durée limitée pour l'ordonnance de certains produits. On ne veut pas être absolu, parce qu'il y a beaucoup de variables dont il faut tenir compte, mais le Conseil consultatif de pharmacologie qui existe actuellement devrait émettre une opinion à cet égard, sur une durée limitée pour la prescription des anxiolytiques. Bien sûr, nous faisons face souvent à des patients qui prennent des anxiolytiques depuis plusieurs années. Il y a donc là une dépendance et il y a également des problèmes de sevrage. On ne peut pas arrêter du jour au lendemain une médication qui est prise depuis plusieurs années, là, lorsqu'on parle des anxiolytiques. Il y a des cours de formation qui peuvent être donnés aux médecins sur la façon de sevrer progressivement certaines personnes de la prise d'anxiolytiques de façon chronique.

Nous souhaitons également qu'on étudie l'opportunité de continuer d'assurer la prescription d'hypolipémiants pour, aussi, certaines clientèles. On sait maintenant, plusieurs études nous démontrent qu'après un certain âge les hypolipémiants — les médicaments pour baisser le cholestérol, pour être bien précis — ne sont plus efficaces ou très peu efficaces. Encore là, on croit que des études plus poussées devraient être faites, et entre autres par le Conseil consultatif de pharmacologie, sur l'opportunité de continuer à assurer la prescription de tels médicaments pour certains groupes d'âge. Bien sûr, je veux dire, il faudra tenir compte de variables qui peuvent survenir sur le plan individuel, mais la littérature scientifique est suffisamment abondante pour nous dire qu'il y a là place à une étude et que l'efficacité de médicaments pour baisser le cholestérol, après un certain âge, est loin d'être démontrée.

Certains autres médicaments comme les inhibiteurs de la pompe à proton... Bon, je suis sûr que chacun d'entre vous sait ce que c'est, des inhibiteurs de la pompe à proton. Si vous avez une image d'une pompe, ce n'est pas exactement ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dutil (Rénald): En fait, c'est un médicament, le Losec — pour prendre un nom commercial connu — qui est très coûteux, qui est maintenant assuré à l'intérieur du programme, mais qui devrait être prescrit dans certains cas très spécifiques. C'est un deuxième choix parce que d'autres médicaments beaucoup moins dispendieux peuvent répondre aux besoins dans un grand

nombre de cas. Donc, on ne doit utiliser ce type de médicament très coûteux que dans des cas très spécifiques. Et, actuellement, je veux dire, on peut l'utiliser comme premier choix, même si on peut prescrire une autre chose beaucoup moins coûteuse.

Les anti-inflammatoires, c'est un autre groupe de médicaments qui est responsable d'un grand nombre d'effets secondaires, parfois qui est responsable de plusieurs admissions dans nos salles d'urgence pour des hémorragies digestives, entre autres chez des personnes âgées. Ce sont d'excellents médicaments dont on a besoin pour traiter l'arthrite, entre autres, ou des douleurs inflammatoires, mais, je veux dire, s'ils sont prescrits avec une durée limitée, en étant, bien sûr, prudent, parce qu'il y a des contre-indications, entre autres des gens qui souffrent ou qui ont déjà souffert d'ulcères ou d'hémorragies gastriques. Encore là, il faudra poursuivre les études à cet effet et soumettre cette question au Conseil consultatif de pharmacologie: Doit-on maintenir assuré ce groupe de médicaments? Si oui — et probablement que oui, parce que ce sont des médicaments très utiles — doit-on fixer la durée où ce médicament peut être assuré à l'intérieur de nos programmes d'assurance-médicaments? Donc, des études à poursuivre à cet égard.

Et toute la question de l'intervention thérapeutique en fin de vie. Nous croyons qu'un comité d'éthique devrait exister dans tous nos établissements. Il y en a dans un grand nombre d'établissements maintenant, mais nous devrions en retrouver dans tous nos établissements où se retrouve un CMDP, pour étudier toute l'intervention thérapeutique en fin de vie. Bien sûr, tout le monde s'entend qu'il nous faut soulager un malade, mais a-t-on besoin, dans les derniers six mois de vie, par exemple, d'utiliser parfois une pharmacopée très lourde, coûteuse, qui n'est pas sans effets secondaires? Il y a beaucoup de travaux à faire à cet égard, et je pense que nos comités d'éthique à l'intérieur des CMDP sont les plus aptes à mener de telles études.

Alors, je m'arrête là-dessus. On parle d'un régime universel d'assurance-médicaments. La Fédération est très sensible au fait qu'autour de 20 % de notre population n'arrive pas ou peu à se payer des médicaments coûteux lorsqu'ils lui sont prescrits. Nous souhaitons que l'accessibilité à des médicaments soit permise à tous nos citoyens du Québec. Est-ce que la réponse est un régime universel d'assurance-médicaments? Nous n'avons pas d'opinion absolue à cet égard. Nous allons attendre les conclusions de l'étude de M. Castonguay pour faire connaître nos commentaires. Nous avons certaines inquiétudes, cependant, des coûts d'un tel programme dans le contexte économique que nous connaissons et les contraintes très importantes que l'on vit dans nos établissements.

Alors, mesdames et messieurs, je m'arrête là-dessus, et nous sommes disponibles pour des échanges.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup, M. Dutil. La première personne de qui j'ai reçu une

demande, c'est le député de Robert-Baldwin. Et, comme j'ai mentionné que nous allons faire l'alternance, M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Je voulais vous remercier, Dr Dutil et votre équipe, pour la qualité de votre mémoire et de votre présentation. J'aimerais avoir peut-être des éclaircissements en ce qui concerne... C'est à la page 2, lorsque vous parlez du virage ambulatoire. Vous mentionnez: «Cependant, dans le cadre du virage ambulatoire, le contrôle sera sûrement plus difficile.» Est-ce que vous pourriez peut-être juste développer un peu plus, nous dire en quoi ça devient plus difficile et de quelle façon on pourrait avoir une meilleure utilisation à partir de vos suggestions?

M. Dutil (Rénald): Monsieur, lorsqu'on parle de virage ambulatoire dans le contexte de 1996... Parce que ça n'a pas commencé en 1996, le virage ambulatoire, on l'avait amorcé bien avant. Mais, dans le contexte de 1996 où on veut réduire de façon significative la durée de séjour, donc traiter sur une base externe nos malades, parfois ne pas les hospitaliser du tout, mais plutôt les traiter à domicile — et, là, je pense à l'antibiothérapie intraveineuse à domicile — toute la question de la médication devient importante.

Dans un hôpital, vous avez quand même un contrôle. Vous avez le médecin, des infirmières — le médecin qui voit tous les jours son malade, des infirmières qui le voient plusieurs fois par jour, qui lui administrent ses médicaments — et vous avez des pharmaciens également qui contrôlent aussi la prescription qui est faite, bien s'assurer qu'il n'y a pas d'interaction médicamenteuse, que la dose prescrite est bien celle qui sera donnée. Donc, il y a un ensemble de contrôles qui existent dans un hôpital, qui n'existent plus à domicile, et c'est là notre inquiétude. Elle est multiple, notre inquiétude, au niveau des contrôles. Et je pense qu'on a vraiment banalisé tout le problème du contrôle des médicaments à domicile dans le cadre du virage ambulatoire. C'est un aspect où j'ai vu bien peu de préoccupations, sinon celles exprimées par des médecins dans les différents mémoires qui ont été présentés devant les régies régionales, et l'Association des pharmaciens des établissements de santé aussi a exprimé de telles réserves. Mais c'est un problème important, le contrôle des médicaments dans le cadre du virage ambulatoire.

• (10 h 40) •

Pour une personne âgée qui est à domicile, même si une infirmière va la voir tous les jours, même si le médecin va la voir tous les jours ou une fois aux deux jours, comment voulez-vous, par la suite, je veux dire, en arriver à un contrôle toujours aussi exact: Il faut que tel médicament soit pris à telle heure, et ainsi de suite? Dans le cadre de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile, les contrôles sont encore plus importants. C'est bien évident qu'il y aura quelqu'un, là, une infirmière qui ira à tous les jours à domicile dans un tel cas. Mais, je veux dire, on est là une demi-heure, une heure, mais

le reste du temps, là, la personne malade se retrouve seule ou avec sa famille, qui ne sont pas des experts. Alors, il y a tout le problème du contrôle de la prise des médicaments. Ça, ça nous préoccupe.

L'autre préoccupation qu'on a, c'est le coût des médicaments pour les personnes qu'on maintient à domicile. Lorsqu'ils sont dans un hôpital, c'est l'hôpital qui assume ce coût des médicaments. À domicile, maintenant, les gens devront l'assumer. On parle de certaines formules qui devraient continuer à être distribuées gratuitement, entre guillemets, par l'hôpital. Le nombre de jours d'hospitalisation qu'on a sauvés, entre vous puis moi, ce n'est pas facile à préciser, ça, le nombre de jours épargnés. Il y a, là aussi, une préoccupation, parce que ce sont des médicaments très coûteux, là. Je ne parle pas d'un patient qui est suivi à long terme à domicile, je parle dans les... soit le retour immédiat, on abrège l'hospitalisation, mais la médication lourde qu'on donnait à l'hôpital doit être poursuivie encore quelques jours. Et, en général, ce sont des médicaments très coûteux, et là il y a des problèmes d'accessibilité qui peuvent se poser à des patients si on ne leur fournit pas ces médicaments. Ou encore, je parle d'antibiotiques, par exemple, intraveineux, qu'on va poursuivre quelques jours. Ce sont des antibiotiques, en général, très coûteux. Qui va assumer ce coût? On n'a pas encore de réponse très claire, et je pense que les hôpitaux eux-mêmes s'inquiètent de cette question.

M. Marsan: Je vous remercie. En tout cas, vous me donnez plusieurs éléments. Vous mentionnez, entre autres, là, qu'il ne faut pas banaliser le contrôle des médicaments dans le cadre du virage ambulatoire. Moi, je voudrais simplement citer un débat que j'avais eu avec notre ministre de la Santé le 4 avril 1995 — c'est à la page 1894 de nos débats — où on cite: Les patients à qui on propose une chirurgie d'un jour sont des patients qui n'ont besoin, vu la sélection qui est faite pour le type d'intervention et leur état général, d'aucune médication particulière après l'intervention. Et, un peu plus loin, il mentionne: Peut-être qu'ils auraient besoin de quelques analgésiques légers ou une médication antinausée, comme le Gravol ou des choses comme ça. Je pense que vous venez de nous confirmer qu'il y a vraiment des médications qui sont lourdes. Vous avez parlé d'antibiothérapie, vous nous dites de ne pas banaliser ce contrôle-là. Nous, on a l'impression — vous me dites si vous la partagez ou pas — que le virage ambulatoire — puis là on prend seulement la partie médicamenteuse; il y a beaucoup d'autres aspects à ça, maintien à domicile et tout ça — eh bien, qu'on va beaucoup trop vite, qu'on a coupé les lits dans les hôpitaux, les lits de soins de courte durée, et puis que, tout de suite, on veut procéder, on veut sortir les patients alors que tout ce dossier transitoire avec un système d'assurance-médicaments n'est, à toutes fins pratiques, pas installé ou est improvisé. Alors, j'aimerais avoir vos commentaires là-dessus.

M. Barakett (William J.): Je vais répondre. En ce qui concerne le virage ambulatoire en chirurgie, le congédiement vite après la chirurgie d'un jour des patients n'a pas entraîné beaucoup de problèmes. Il y a certains patients qui nécessitent des traitements antibiotiques, mais, en grande partie, ce sont des patients qui ont subi des chirurgies, des interventions ponctuelles, et le suivi médical de ces patients-là à domicile s'est démontré comme étant rarement nécessaire; c'est-à-dire, les infirmières du CLSC peuvent pourvoir à ces services-là. Parfois, s'il y a une complication, le patient revient à l'hôpital.

Par contre, le virage ambulatoire en ce qui concerne la médecine et le congédiement précoce des patients en état d'instabilité, nécessitant encore des traitements... Je parle des patients qui seront, par exemple, maintenus à domicile en antibiothérapie intraveineuse, des patients qui seront maintenus à domicile — puis il y en a un très grand nombre: les maladies pulmonaires obstructives, l'emphysème, bronchite chronique — qui nécessitent des traitements d'inhalothérapie, souvent des antibiotiques parfois intraveineux, qui nécessitent un suivi étroit, médical, pas juste infirmier mais médical, avec médecin, parce que ça prend une équipe pour soutenir ces patients-là, pour ne pas mentionner les inhalothérapeutes, etc.

Si on parle d'autres genres de cas qu'on suivra, par exemple les soins palliatifs à domicile, nous ne sommes pas encore organisés de telle façon à pouvoir pourvoir à ces cas-là. Présentement, les équipes des CLSC ne sont pas formées en fonction de ça. Les infirmières sont là, mais c'est les médecins du territoire qui vont participer au maintien de ces patients-là. Et, présentement, les tarifs ne sont pas établis en fonction d'inciter une participation à cela. Nous sommes à voir à cela, et c'est un des projets que nous avons sur la table de notre Fédération, d'élaborer un système d'organisation pour que les médecins du territoire participent allégrement pour cela.

Nous y croyons, au virage ambulatoire. Nous voyons que certains cas n'ont pas besoin d'être à l'hôpital. Nous le voyons de par notre participation de plus en plus importante dans la gestion des cas dans nos hôpitaux, mais nous ne sommes pas encore organisés en fonction d'accepter puis de maintenir ces cas-là. Puis c'est vrai, quand vous dites, M. Marsan, qu'on va vite. Et nous croyons beaucoup que, dans les prochains mois, on nous annoncera des coupures de lits et, très prochainement, que nous ne pourrions pas réellement assumer la charge qui tombera dans le panier du virage.

Le Président (M. Williams): Merci, Dr Barakett. Maintenant, je passe la parole à Mme la députée de Blainville.

Mme Charest: Bonjour, MM. Dutil, Barakett, Lafrenière et Boileau...

Mme Signori: Il a dit «Blainville».

Mme Charest: Pardon? Ah, c'est Blainville?

Le Président (M. Williams): Oui.

Mme Charest: Ah! Pourquoi c'est mon micro?

Le Président (M. Williams): Je ne sais pas. Vous êtes sur ma liste, Mme la députée de Blainville.

Mme Signori: Merci, M. le Président. Là, vu qu'on a beaucoup de temps, est-ce que je pose trois questions successivement ou je décide comment je peux...

Le Président (M. Williams): Comme vous voulez.

Mme Signori: Je suis libre? Parlez-moi de ça!

Le Président (M. Williams): On va essayer d'être égal.

Une voix: Tu fais ce que tu veux.

Le Président (M. Williams): C'est ça. On essaie de donner une chance à tout le monde. Avec les trois questions, allons-y.

Mme Signori: Ça va.

Une voix: On a la moitié du temps.

Mme Signori: Alors, merci d'être venus faire votre présentation, messieurs.

Maintenant, moi, j'ai trois questions, dont la première: Comment vous voyez, vous autres, le comité d'éthique, là, par rapport à l'intervention thérapeutique en fin de vie? Ça, j'aimerais ça avoir un peu... Qui vous y voyez, sur ce comité-là? Est-ce que vous rajoutez une personne de la famille ou si c'est seulement au niveau médical? J'aimerais ça que vous me...

M. Dutil (Rénald): Oui, écoutez, un comité d'éthique, nous en avons déjà plusieurs...

Mme Signori: Oui.

M. Dutil (Rénald): ...ce n'est pas seulement médical. Un comité d'éthique, d'abord, il est appelé en consultation par le médecin ou les médecins traitants, souvent, d'une personne qui est soit en fin de vie ou pour toute autre question. C'est un comité qui est multidisciplinaire, habituellement, qui comprend des médecins, travailleurs ou travailleuses sociales, qui peut comprendre également un membre du clergé, oui, qui, également, peut comprendre un membre de la famille. Et, quand on parle d'une intervention thérapeutique en fin de vie, il m'apparaît essentiel que la famille soit impliquée dans la décision qui sera prise. Je dis bien «la

famille», parce qu'il peut arriver aussi que la personne qui est en fin de vie soit tout à fait lucide et capable de prendre une décision pour elle-même. Dans un tel cas, je pense qu'il faut respecter sa capacité de prendre une décision. Mais, dans d'autres cas, lorsqu'elle ne peut pas, il faut intégrer la famille à la prise de décision qui sera prise, au plan de traitement qui sera défini.

Vous savez, là, on fait souvent face à des questions, par exemple, où on sait que nos chances, peut-être, de prolonger sa vie avec une qualité de vie sont de 5 % à 10 % si on utilise une pharmacopée très lourde, de la chimio, etc. Est-ce qu'il vaut la peine d'utiliser de tels médicaments, qui ont leurs effets secondaires indésirables, souvent? Ce sont des questions comme ça qu'on doit discuter en éthique, et le médecin ne peut pas prendre cette décision seul. Il ne lui appartient pas de la prendre, seulement. Je veux dire, le patient lui-même, s'il peut le faire, sa famille et les autres intervenants de la santé doivent se joindre au médecin, et c'est une discussion d'équipe.

Mme Signori: Bon, c'est important, parce qu'il va falloir faire la distinction entre l'acharnement thérapeutique et améliorer aussi la qualité...

M. Dutil (Rénald): Oui.

Mme Signori: ...de vie pour la fin de vie. Merci, messieurs.

Mon autre question, c'est sur le dossier médical régional. J'aimerais vous entendre un peu plus sur ça, parce que j'aimerais qu'on me tranquillise sur qui y aurait accès, à ce dossier régional. Et est-ce que ce serait seulement le médecin traitant ou est-ce qu'il y aurait possibilité que quelqu'un d'autre s'ingère dans le système et puis que ça ne devienne plus confidentiel?

M. Dutil (Rénald): Oui. C'est une très bonne question, parce que c'est toute la question de la confidentialité des dossiers médicaux. Bien sûr que des mécanismes devront être mis en place et être très stricts pour ne pas permettre à qui le veut d'avoir accès à ce dossier. Ce dossier, il appartient d'abord à la personne. Bon. Donc, elle devra avoir une espèce de NIP, si vous voulez, qu'elle devra donner à quelqu'un, son médecin ou quelqu'un d'autre, si elle le juge à propos, pour avoir accès à son dossier.

Dans la carte à puce... Nous avons quand même expérimenté une carte à puce...

Mme Signori: Oui.

• (10 h 50) •

M. Dutil (Rénald): C'est une puce qui est sur la carte d'assurance-maladie, et c'est la personne malade qui, en donnant sa carte avec la puce, va autoriser le médecin à prendre connaissance de son dossier. C'est seulement le patient qui peut l'autoriser, à ce moment-là. Mais il y a beaucoup, beaucoup d'importance à travailler là-dessus. La multiplicité des dossiers médicaux, le

manque d'informations que, comme médecin traitant, on a souvent vis-à-vis de quelqu'un qui a vu d'autres médecins, qui a passé d'autres analyses qu'on ne connaît pas et on n'arrive pas à obtenir les résultats... Et pas parce que la personne qui est devant nous refuse; elle est tout à fait d'accord pour nous donner accès à ces informations, mais, je veux dire, elle a passé ses analyses dans un autre hôpital. Essayez d'appeler le laboratoire ou la radiologie d'un autre hôpital, essayez d'obtenir copie d'un dossier. On va finir par l'avoir, mais trois ou quatre semaines après, alors que c'est dans l'immédiat qu'il faut apporter une réponse, souvent, à un problème. D'où l'importance pour nous d'en arriver à un dossier médical unique, bien sûr, avec toute l'étanchéité requise pour assurer la confidentialité. Mais je pense que c'est possible. Les expériences de la carte à puce nous démontrent que c'est possible.

Mme Signori: C'est bien. Merci. Ma dernière question...

Une voix: Oui, Dr Boileau, vous voulez ajouter?

Mme Signori: Excusez.

M. Boileau (Georges): Si vous permettez. Dans les différentes cartes à puce qui existent déjà en Europe et ici aussi, il y a deux problèmes de fond: Qui peut écrire sur la carte à puce ou, enfin, sur n'importe quel dossier? Qui peut corriger aussi? Et l'autre problème: Qui peut lire, qui peut prendre connaissance du dossier? Et, habituellement, vous avez des tiroirs avec des codes d'accès. Par exemple, dans les cartes à puce en Europe, vous avez les ambulanciers; ils ont accès à un certain nombre d'informations, par exemple le nom de la personne, l'adresse, ces choses-là, et aussi s'il y a un problème, quelque chose qui est dangereux, par exemple un diabète. Alors, si vous voyez un diabétique, c'est important que les premiers qui le voient sachent que c'est un diabétique — un peu comme les fameux bracelets, si vous voulez. Donc, ça, ce sont des informations qui sont sur la carte. Vous avez ce que les infirmières peuvent écrire ou lire, ce que les pharmaciens peuvent écrire ou lire et ce que le médecin peut écrire; et, en général, le médecin peut lire l'ensemble de la carte. Donc, il y a des procédés de tiroirs. Mais tout ça est en étude présentement ici, à Rimouski. Mais, comme on dit, il faudra aller plus loin; avoir pas seulement une carte à puce, mais un dossier informatisé, sur une base régionale ou sous-régionale. Enfin, ça, c'est à discuter.

Le Président (M. Williams): Mme la députée, votre troisième question.

M. Barakett (William J.): Je voulais renchérir un moment sur le dossier informatique du patient dans le cadre du virage ambulatoire. Une partie du virage qui est souvent négligée, c'est le fait que, une fois que l'hôpital donne congé précocement à quelqu'un encore

en état instable médicalement, qui est responsable? Je pense que ça demeure l'établissement, c'est l'hôpital. Or, il n'y a aucun moyen présentement pour assurer la qualité des soins qui seront dispensés à ce malade encore en état instable. Le moyen du dossier informatique du patient en est un, moyen, pour solutionner ce problème-là. Moi, ce que j'envisage éventuellement, c'est que le médecin arrivera — celui qui suit le patient inscrit à l'intérieur d'un programme de maintien à domicile, en état instable médicalement — avec son sac médical dans une main puis son «laptop» dans l'autre et qu'il se connectera par modem aux données de l'hôpital ou de l'établissement central pour pouvoir non seulement avoir accès aux dernières données de tests, etc., ou encore de la visite du médecin qui avait visité précédemment ce patient-là, mais aussi pour y assigner ses trouvailles lors de son examen. Et c'est seulement de cette façon-là que nous pouvons uniformiser les soins et voir à livrer des soins de qualité et ensuite pouvoir évaluer la qualité des soins qu'on donne dans le cadre du virage ambulatoire. Présentement, il n'y a aucun mécanisme qui est prévu pour assurer la qualité des soins qui seront dispensés dans le cadre du virage. Gros problème.

Mme Signori: Merci. Ma troisième question, c'est sur la prescription de médicaments. On sait que certains médecins prescrivent facilement des médicaments high-tech, qui coûtent très cher, sans parfois — je dis bien certains médecins — se soucier de la capacité de payer de la clientèle. Je vais vous donner un exemple, une recherche qui a été faite par l'ACEF. Un médicament pour soigner une infection urinaire, ça peut varier entre 5,95 \$ et 52,95 \$. Alors, moi, mon inquiétude... Dernièrement, à la pharmacie, je rencontrais une personne âgée qui venait faire remplir sa prescription, et on avait comparé ensemble, avec l'aide du pharmacien, deux médicaments avec la même description de produit, si je peux dire ainsi, mais sous différents noms. Il y en avait un, évidemment, qui était beaucoup moins cher que l'autre, et la personne ne pouvait pas l'acheter parce qu'elle avait tenté cet exercice-là, puis son médecin lui avait dit: Si tu veux que je te soigne, tu vas prendre le médicament que je te dis de prendre. Alors, moi, je suis un peu inquiète par rapport à ça, parce qu'on sait que les conditions économiques sont difficiles. Est-ce que, quand vous prescrivez un médicament, parfois, ça vous vient à l'esprit de regarder la capacité de payer? Ou est-ce que vous avez en tête le produit substitut qui pourrait être aussi efficace auprès du patient?

M. Dutil (Rénald): Écoutez...

Mme Signori: C'est une autre bonne question, ça? Ha, ha, ha!

M. Dutil (Rénald): Ça nous vient toujours en tête, madame. Je peux vous le dire parce que, si le patient n'a pas la capacité de payer, ça veut dire qu'il m'aura consulté, à toutes fins utiles, presque inutilement. Je

veux dire, il y aura un échec, à tout le moins, quelque part dans la continuité des soins, dans la qualité des soins.

Je ne veux pas discuter du dossier que vous soulevez, parce que peut-être que, vous savez, un antibiotique pour une infection, on le prescrit parfois à partir d'analyses de laboratoire qui nous démontrent que tel est efficace et tel autre ne l'est pas. Peut-être que le moins dispendieux ne l'était pas, efficace, mais je ne discuterai pas d'un dossier particulier sans le voir. Ce que je peux vous assurer, cependant, c'est que la question des coûts est une question fort importante, pas uniquement pour les gens qui ont leurs médicaments à l'intérieur du programme de médicaments — c'est important aussi, parce que c'est l'ensemble des citoyens qui le financent, ce programme-là — mais aussi pour les individus qui doivent payer eux-mêmes leurs médicaments. Si on prescrit un médicament trop coûteux, il arrive ce que vous citez: trop souvent, on n'achète pas la prescription ou on achète la demie de la prescription parce qu'on n'a pas les argents requis.

Il y a aussi des informations plus grandes qui devront être transmises au médecin. Le médecin ne vend pas de médicaments. Il n'est pas toujours si au fait que ça du coût de certains médicaments. Bien sûr, on l'apprend sur le tas, sur le terrain. Je sais fort bien que la Cipro, comme vous dites, est pas mal plus coûteuse que l'ampicilline ou la simple pénicilline. Bon. Mais, je veux dire, on l'apprend, ça, presque sur le terrain. Le médecin, et surtout le médecin qui arrive au début de sa carrière, qui a toujours pratiqué dans un établissement, à toutes fins utiles, est souvent bien peu informé du coût réel chargé par le pharmacien au malade. Donc, il y a là un élément d'information important à transmettre aussi aux médecins. On sait que certaines molécules plus rares, très nouvelles, sont coûteuses; même si on ne sait pas le prix exact, on sait que c'est coûteux. Mais de là à dire qu'on est familier avec le coût de chacun des médicaments, ça, on aurait peut-être besoin d'améliorer l'information. On est très, très soucieux, cependant, de prescrire un médicament à moindre coût à nos patients, en autant qu'il soit aussi efficace, par exemple.

Mme Signori: Merci.

Le Président (M. Williams): Merci, M. Dutil. Maintenant, je passe la parole à M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Dr Dutil, avec vos confrères, je vous remercie d'être venu partager avec nous peut-être vos solutions, des pistes de solutions, en tout cas, aussi vos inquiétudes. On sait que récemment la FMOQ a été mise à contribution par le gouvernement à cause des difficultés financières, et on a pu réaliser le grand engagement social des médecins, parce que vous n'avez pas fait trop de vagues devant les compressions ou les restrictions qu'on vous impose. Et probablement qu'il y en a d'autres qui s'en

viennent, à propos desquelles vous devrez à nouveau prendre un engagement social important. Alors, je vous félicite de cet engagement.

Vous mentionnez dans votre document, à un moment donné, à la page 1 ou 2: «L'instabilité économique et politique, la pauvreté et l'itinérance sont des éléments qui ont un impact sur le coût du médicament.» Êtes-vous capable de m'éclaircir un peu là-dessus?

M. Dutil (Rénald): Parce que la pauvreté, l'itinérance, tous les problèmes sociaux qu'on vit, et qui sont plus nombreux, malheureusement, se traduisent par des problèmes de santé, très souvent, et des problèmes de santé qui ont besoin d'être traités parfois avec des médicaments, mais pas uniquement.

M. Beaudet: Vous voulez dire qu'ils ont un effet sur la consommation des médicaments...

M. Dutil (Rénald): Oui, sur la consommation des médicaments.

M. Beaudet: ...non pas sur les coûts?

M. Dutil (Rénald): Bien, ils peuvent avoir un effet sur les coûts aussi. Là, je veux dire, tous nos gens n'émargent pas aux programmes de médicaments assurés. Je veux dire, vous avez quand même une classe de gens qui ont des revenus minimes, qui n'ont pas de carte-médicaments, qui ne sont pas des personnes âgées et qui ne sont pas assurés, qui n'ont pas d'assurance privée, donc ils doivent payer eux-mêmes leurs médicaments. Et pour ces personnes, croyez-moi, le coût des médicaments représente un gros problème.

M. Beaudet: Oui, mais ce n'est pas le fait qu'ils soient pauvres qui fait monter le coût du médicament.

M. Dutil (Rénald): Non, non.

M. Beaudet: O.K. La consommation va changer...

M. Dutil (Rénald): La pauvreté, l'itinérance, etc...

M. Beaudet: O.K.

M. Dutil (Rénald): ...engendrent plus de problèmes de santé, comme vous savez, Dr Beaudet.

M. Beaudet: Comment relier l'instabilité économique là-dedans?

• (11 heures) •

M. Dutil (Rénald): Parce que l'instabilité économique, vous savez, ça crée du chômage. Quand vous êtes en chômage, ça crée pas mal d'anxiété, là, et puis...

M. Beaudet: O.K.

M. Dutil (Rénald): ...évidemment, ça se traduit parfois par une détérioration de sa santé.

M. Beaudet: O.K. J'avais mal perçu parce que j'avais l'impression que ces facteurs-là influençaient le coût du médicament directement. Alors, j'avais...

M. Dutil (Rénald): Non, non. Ce qu'on veut dire par là, c'est que...

M. Beaudet: Là, je comprends. Ça influence la consommation et non pas le coût.

M. Dutil (Rénald): ...dans nos cabinets de consultation, je veux dire, tous ceux qui ont fait de la consultation en clinique, que ce soit en CLSC ou en cabinet privé, peuvent témoigner du grand nombre de gens qui nous consultent pour des problèmes d'insomnie, d'anxiété, de maux de tête, et, quand vous creusez un petit peu plus, ce sont des gens qui ont perdu leur emploi, qui sont aux prises avec des difficultés financières...

M. Beaudet: Qui sont menacés.

M. Dutil (Rénald): ...etc. Ça, c'est une...

M. Beaudet: O.K. Juste un petit commentaire quant à ce que Mme la députée de Blainville mentionnait tantôt, sur le comité d'éthique. Je pense que la famille ne doit pas faire partie du comité d'éthique. Elle doit être consultée lorsqu'une décision doit être prise quant à un malade particulier. Je vois mal qu'une famille ait à siéger à un comité d'éthique. D'abord, ils n'ont pas la compétence. Ils sont émotivement impliqués. Donc, la décision ne pourrait pas être judicieuse. Ils ne peuvent pas faire partie du comité, mais la décision des gens qui participent au comité doit être discutée avec la famille, ça, j'en conviens. Mais on ne peut pas inclure une famille sur un comité d'éthique. Je pense que ça...

M. Dutil (Rénald): Il faut s'entendre, là. Un comité d'éthique, là, il y en a un de formé dans plusieurs de nos hôpitaux. Bien sûr, il n'y a pas de membre de la famille sur le comité comme tel, mais, dans ses travaux, le comité d'éthique, lorsqu'il étudie un dossier, pour en arriver à déterminer un plan de soins, il doit s'associer, à quelque part, la famille ou le malade lui-même, s'il est... Et c'est comme ça qu'on fonctionne. Il doit les consulter, il doit s'associer. Il ne peut pas travailler uniquement en vase clos. Ces gens-là, vous avez raison, ne font pas partie du comité d'éthique comme tel, mais ils vont participer...

M. Beaudet: O.K. Ils peuvent être consultés, mais ils ne peuvent pas participer aux délibérations.

M. Dutil (Rénald): ...à la prise de décision, là. Je veux dire, on est dans une société où il faut quand même informer les gens de leur condition...

M. Beaudet: Je suis tout à fait d'accord avec ça.

M. Dutil (Rénald): ...et il faut les consulter sur...

M. Beaudet: Vous mentionnez, plus loin dans votre rapport, que la FMOQ a appuyé le gouvernement dans sa prise de position, quant à la loi fédérale, sur ce qu'on appelle le BAP plus 15, pour... Évidemment, cet effet-là a un impact économique sur le coût des médicaments parce que ça prolonge la durée des médicaments innovateurs pour leur utilisation au Québec comparative-ment à d'autres provinces. Donc, il y a des coûts. Je suis aussi très conscient de l'importance de l'industrie pharmaceutique innovatrice au Québec, des investissements qu'elle fait. Est-ce que vous êtes capable de me justifier l'utilisation des génériques ou des innovateurs, par rapport aux 20 000 000 \$ ou 30 000 000 \$ que le gouvernement pourrait économiser?

M. Dutil (Rénald): On parle même de 100 000 000 \$ qu'on pourrait économiser. Le ministère de la Santé subventionne le ministère du Commerce de 100 000 000 \$, c'est ce que j'ai déjà lu à quelque part. Peu importe le chiffre.

M. Beaudet: Le ministre est plus généreux que vous, il parle de 30 000 000 \$.

M. Dutil (Rénald): Peu importe le chiffre. C'est sûr qu'il y a différentes raisons qui ont amené la Fédération à appuyer la loi C-91, et nous les énumérons ici. L'obtention de médicaments plus puissants avec moins d'effets secondaires, les dernières molécules, bon, nous apportent davantage, là, de tels bénéfices. L'industrie pharmaceutique innovatrice est une industrie solidement implantée au Québec et qui investit d'une façon très importante au niveau de la formation médicale continue, l'enseignement prédoctoral, postdoctoral, à tous les niveaux; au niveau de la recherche aussi. Les centres de recherche qui ont été développés par cette industrie privée sont fort importants au Québec. Ça crée beaucoup d'emplois, mais pas uniquement des emplois, ça crée également une vie scientifique importante au Québec. Je pense que c'est des considérations qui devaient être prises en compte, là, dans tout le débat sur la Loi sur les brevets.

Maintenant, les compagnies innovatrices sont mieux protégées. On le dit fort bien dans notre mémoire: Nous ne sommes pas contre l'utilisation des médicaments génériques, on les utilise très souvent dans nos prescriptions, mais on veut s'assurer de la qualité des produits, une assurance que nous avons beaucoup plus aujourd'hui qu'il y a un certain nombre d'années.

M. Boileau (Georges): C'est-à-dire qu'on a toujours appuyé autant le premier amendement à la loi fédérale que le second — d'ailleurs, le gouvernement a fait la même chose — c'est à ce niveau-là qu'on s'est

prononcés. On s'est prononcés pour des raisons qui sont nôtres et qui sont énumérées ici. L'industrie a défendu son point de vue et a proposé ses propres vues, mais, nous, c'étaient ces raisons-là. C'est bien sûr qu'aujourd'hui il y a eu toutes sortes de développements. Vous avez des compagnies de génériques ici, au Québec, qui semblent être des compagnies sérieuses. Ce n'est pas à nous à les évaluer. Mais il y a eu un changement, comme disait le Dr Dutil, dans le temps. Je me souviens, il y a plusieurs années, les médicaments génériques, c'étaient des médicaments de seconde classe; aujourd'hui — bien, là, d'autres personnes plus au fait que moi peuvent faire les bonnes distinctions — il y a aussi des compagnies innovatrices qui se sont lancées dans la production de produits génériques. Alors, tous ces facteurs-là doivent être évalués.

Dans le domaine des formulaires, ce n'est pas à nous à se prononcer: Est-ce que tel médicament devrait être de telle façon ou de telle autre? Tout ce qu'on dit, c'est que, un, la qualité doit être là, et c'est bien sûr qu'il doit y avoir aussi des équilibres sur le plan du traitement entre les compagnies innovatrices et les compagnies de génériques. Mais, ça, ce n'est pas à nous à faire ce partage-là; c'est au ministre, après discussion avec l'industrie, probablement, c'est là que les partages peuvent se faire.

Le Président (M. Williams): Une dernière intervention, M. le député d'Argenteuil?

M. Beaudet: Bien, je pense qu'il veut compléter.

Le Président (M. Williams): Ah! Excusez.

Une voix: Le Dr Lafrenière voudrait...

M. Lafrenière (Michel): Je voudrais juste rappeler — le Dr Dutil parlait d'une vie scientifique intense — qu'il y a ici, à Québec même, un centre de recherche qui vient tout juste de développer un médicament contre le cancer du sein, qui a été développé ici, à Québec, et qui, en tout cas, selon les dires qu'on a pu constater dans les journaux, pourrait même être produit ici même, dans la ville de Québec. Comme le Dr Boileau le disait, je pense que c'est à nous autres de décider si on veut encourager une telle initiative ou si on veut tout simplement se retourner sur un médicament générique à 100 %.

M. Beaudet: Une dernière intervention, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Une dernière.

M. Beaudet: Si je comprends bien, là, en fait, vous êtes favorables au maintien de l'engagement du gouvernement à favoriser l'innovateur pour une période de temps x, à cause de toutes ses retombées. Parce qu'il

faut savoir que l'industrie pharmaceutique investit 44 % de tous ses budgets en recherche et développement au Québec, ce qui est beaucoup plus que la proportion de population qu'on occupe au Canada. Alors, oui, on est favorisé dans ce sens-là; oui, il y a des retombées très importantes sur la vie scientifique, comme vous le mentionnez. Il y a des compagnies, d'ailleurs, qui jouent leur rôle de bon citoyen corporatif, où on développe vraiment des molécules ici. Il y a une compagnie, actuellement, qui a deux molécules dans le collimateur, là, dont une va sortir incessamment, dans l'asthme, et une autre comme anti-inflammatoire. Alors, ces compagnies-là jouent leur rôle vraiment important.

Par ailleurs, je suis toujours demeuré soucieux et inquiet de voir la facilité avec laquelle les médecins prescrivent des médicaments qui ne sont pas toujours justifiés. Et vous mentionnez le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la formation médicale continue. Vous allez comprendre avec moi qu'ils ont quand même un intérêt particulier, étant donné qu'ils sont le financier de la formation médicale continue par certaines activités, mais, d'un autre côté, ils savent bien qu'ils vont avoir des retombées. Ils ne vont pas vous parler de la pluie puis du beau temps; ils vont vous parler des médicaments. Et, en général, la compagnie qui est le sponsor, bien, elle va vous parler des siens. Comme on sait très bien, il y a des médicaments importants qui sont sortis. Par exemple — puis, je vais le nommer — la Cipro, qui est un médicament puissant, lorsqu'il est sorti, c'est devenu la panacée pour les maux de gorge. Bien, peut-être que ce n'était pas nécessaire de sauter sur la Cipro pour traiter les maux de gorge, sauf que, là aussi, il y a un peu de marketing qui entre en jeu. Et, ça, ça m'inquiète quand vous parlez que l'industrie pharmaceutique joue un rôle important dans la formation médicale continue. Et ce n'est pas seulement au niveau des omnipraticiens, là. Parce que, là, on peut parler de l'industrie pharmaceutique au niveau des omnipraticiens, mais on pourrait parler des autres compagnies qui font des prothèses de la hanche ou des pacemakers ou d'autres choses, au niveau des spécialistes. Alors, il y en a des deux bords, là.

Le Président (M. Williams): M. Boileau.

• (11 h 10) •

M. Boileau (Georges): Oui. Voici, c'est bien sûr que ces gens-là financent la formation continue. Il n'y a pas beaucoup de monde, d'ailleurs, qui finance ces activités-là, à part les médecins eux-mêmes. Donc, les compagnies sont une des rares sources. Ça ne vient jamais, par exemple, des gouvernements. Ce qu'il faut savoir, c'est que autant les compagnies pharmaceutiques que l'Association canadienne de l'industrie du médicament, que les fédérations médicales, que le Collège des médecins travaillent à l'intérieur de codes d'éthique. Par exemple, lorsque, à la Fédération, on organise un cours, il y a un directeur scientifique de ce cours-là qui a toute latitude pour discuter des sujets, de quelle façon il va en discuter. À ce moment-là, on exige que ce soit le comité

scientifique qui décide des programmes, qui décide des sujets, et ce n'est jamais la compagnie pharmaceutique qui le fait.

Une voix: O.K.

M. Boileau (Georges): Et je peux vous assurer que, autant dans les cours de formation continue de la Fédération que dans la revue *Le Médecin du Québec*, il n'y a aucune, aucune influence des compagnies pharmaceutiques.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Maintenant, je passe la parole à Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Merci, messieurs, d'être venus vous entretenir avec nous, là, de la question du coût des médicaments. Votre mémoire, je l'ai lu, et il me suscite quelques commentaires et quelques questions. Dans un premier temps, je suis quand même assez surprise de voir que vous revenez avec des pistes qui pourraient favoriser une utilisation rationnelle des médicaments, comme celles de la formation médicale continue, de l'informatique, des bonnes relations médecins omnis et pharmaciens. Il me semble que ce sont des pistes qui existent depuis très longtemps et qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, de leur efficience, compte tenu qu'on a les coûts qu'on a présentement au Québec. Je suis tout à fait d'accord avec vous que ce n'est pas strictement ça qui influence les coûts, mais je suis un peu surprise que vous reveniez avec les mêmes pistes qui existent déjà. J'aimerais ça vous entendre là-dessus...

M. Dutil (Rénald): Bien, écoutez...

Mme Charest: ...dans un premier temps, et j'irai à d'autres questions après.

M. Dutil (Rénald): ...la formation médicale continue, je pense qu'il est peut-être présomptueux de dire que ça n'a pas donné les résultats escomptés. Je pense que la formation médicale continue a aidé beaucoup à l'utilisation rationnelle des médicaments, à la prescription rationnelle des médicaments, puisque la formation médicale continue s'adresse aux médecins. Et la formation médicale continue, c'est un processus qui est dynamique, qui est continu en soi, c'est-à-dire qu'on doit toujours poursuivre. Donc, on ne peut pas dire: Bon, c'est un moyen qui n'a pas donné d'effet. Je pense qu'il a donné de bons effets, mais il doit être poursuivi.

L'informatique, on est loin d'avoir épuisé ce moyen. On est encore au début de l'exploitation des possibilités que nous donnerait l'informatique. On vous parle d'un dossier médical unique informatisé. On vous en parle parce que, très souvent, nous n'avons pas toute l'information disponible, comme médecins, lorsqu'on

vient pour prescrire à un patient. On ne connaît pas, parfois, des médicaments qu'il a déjà en sa possession, qui ont été prescrits ailleurs, et ça peut donner lieu à des interactions médicamenteuses nocives. Alors, ça, c'est un moyen qui débute mais qu'on est loin d'avoir exploité comme on devrait le faire. Il faut aller de l'avant avec ce moyen-là.

Les bonnes relations médecins omnipraticiens et pharmaciens, bien sûr, ce n'est pas nouveau, comme vous dites, mais il faut les intensifier, je pense, ces relations. Et elles se développent, aussi. Je veux dire, on n'est pas sur un terrain tout à fait nouveau. On reconnaît au pharmacien la compétence, sa spécificité. C'est un spécialiste du médicament et on doit travailler davantage en relation étroite avec le pharmacien, surtout dans certains cas où on fait face à une surutilisation ou à une sous-utilisation des médicaments, aussi. Mais, au niveau du contrôle, il nous faudra davantage l'accroître. Dans les établissements, ça se fait déjà. Je pense que les mécanismes de contrôle et d'utilisation rationnelle des médicaments sont mieux établis dans nos établissements à cause de la présence de comités de pharmacologie et à cause de ces échanges plus faciles entre le médecin et les pharmaciens qui sont à l'intérieur du même établissement. En dehors des établissements, il nous faut mettre sur pied peut-être un comité de pharmacologie. Si on vous parle d'un département de médecine générale par région, il devra y avoir un comité de pharmacologie, donc une espèce de comité qui va évaluer l'utilisation rationnelle des médicaments dans le territoire. Ça, c'est vraiment une piste tout à fait nouvelle qui va mettre en application, développer des revues d'utilisation des médicaments. Ça va devenir des guides de pratique, ça.

Mme Charest: Des guides de pratique.

M. Dutil (Rénald): Ça, c'est des pistes qui sont nouvelles et qui nous intéressent beaucoup.

Mme Charest: O.K. Moi, j'aimerais avoir quand même une réflexion par rapport à la question des coûts des médicaments.

Le Président (M. Williams): Mme la députée de Rimouski, je pense qu'ils ont eu une réponse complémentaire de votre...

M. Lafrenière (Michel): Je veux juste compléter, madame. La formation médicale continue, ça peut paraître conservateur, comme attitude, pas comme attitude mais comme initiative, mais je vous dirais que, moi, j'ai terminé depuis 12 ans et, empiriquement, il y a près de 80 % de la médication ou près de 75 % de la médication que j'utilise aujourd'hui qui n'existait pas il y a 12 ans. Alors, la formation médicale continue, ça sert, entre autres, à ça, à prendre connaissance des nouvelles molécules et à mieux les utiliser. C'est un volet qu'on ne peut pas négliger.

Mme Charest: O.K. Dans le même ordre d'idées, à ce compte-là, dites-moi donc, les participants aux sessions de formation médicale, c'est quoi, leur catégorie d'âge, leur nombre d'années d'expérience et de pratique, en moyenne, que vous avez? Je veux dire, est-ce qu'on n'a pas tendance, lorsqu'on est un jeune praticien, à suivre beaucoup plus ça que lorsqu'on a 15, 20, 25 et 30 ans de pratique médicale? Est-ce que ça, là-dessus, il n'y a pas une influence?

M. Dutil (Rénald): Avoir su que j'aurais cette question, je vous aurais apporté des statistiques, madame, où vous auriez vu que toutes les catégories d'âges de médecins omnipraticiens participent à ces cours de formation continue. Ça dure deux jours, en général, et un dure cinq jours. Nous tenons de tels colloques 10 à 12 fois par année et, à chaque fois, c'est à guichet fermé. Ça réunit de 300 à 500 médecins omnipraticiens.

Mme Charest: O.K. Alors, je reviendrais sur la question de la page 2, quand mon collègue d'en face vous a souligné l'instabilité économique, la pauvreté et l'itinérance. Bon. Le vieillissement de la population a un impact sur les coûts des médicaments. Ça, je pense que c'est très bien étoffé, ces éléments-là, parce qu'il y a des études qui ont fait la preuve, depuis très longtemps, que ça a une influence directe sur l'état de santé des citoyens, et par le fait même sur la consommation et le coût des médicaments. J'aimerais avoir quand même les études qui vous font dire, dans votre mémoire, que l'instabilité politique a un impact sur les coûts et la consommation des médicaments. Est-ce que vous avez des références bibliographiques? Parce que, moi, je n'en connais pas et, pour être quand même assez proche du milieu, ça me surprend. Je me dis que, si vous le dites, c'est parce que vous avez des études qui le prouvent.

M. Dutil (Rénald): Oui, c'est le même mécanisme que l'instabilité économique, là. Si...

Mme Charest: Bien, ce n'est pas tout à fait pareil, monsieur...

M. Dutil (Rénald): Bon. Si l'instabilité politique se traduit par de l'insécurité et de l'anxiété chez certaines personnes, pour des raisons... qu'elles soient motivées ou pas, là, peu importe — je n'ai pas à juger de ça comme médecin, j'ai à faire face parfois à des gens anxieux — bien, ça peut se traduire aussi par des problèmes de santé.

Mme Charest: Donc, vous avez des études là-dessus?

M. Dutil (Rénald): Mais...

M. Barakett (William J.): C'est une référence anecdotique qu'on fait là. C'est que, comme praticiens,

nous témoignons, depuis quelques années, d'une plus grande inquiétude chez notre clientèle. Sans porter de jugement politique, c'est de ça qu'on témoigne. On n'a pas d'étude à cet effet.

M. Dutil (Rénald): Mais, croyez-moi, pour vous rassurer, l'instabilité économique est un problème...

Mme Charest: Oui. Ça, c'est connu.

M. Dutil (Rénald): ...est un facteur causal beaucoup plus grand et on le constate malheureusement tous les jours.

Mme Charest: Je suis d'accord avec vous. C'est un élément très bien documenté dans la revue de littérature sur les effets et sur la santé. L'instabilité économique, ça, là-dessus il n'y a pas de problème.

Je voudrais revenir sur la question des compagnies de médicaments qui financent les activités des médecins. Je pense qu'il y a un problème d'éthique, et moi, je n'ai pas perçu, comme citoyenne, comme patiente ou quoi que ce soit, à plusieurs titres, que ce problème d'éthique là était requestionné. Ça m'apparaissait être même toléré par les fédérations des médecins, sinon encouragé. Parce que j'ai été témoin à plusieurs reprises dans le passé, dans ce que j'appelle ma vie antérieure, d'activités qui étaient carrément financées par des entreprises de médicaments et des activités qui étaient organisées par des médecins omnis ou des médecins spécialistes, et, ça, ça me pose des interrogations. J'aimerais vous entendre, vous, la Fédération, sur ça.

Le Président (M. Williams): Oui, Dr Boileau.

M. Boileau (Georges): J'ai parlé tout à l'heure des cas d'éthique. L'Association canadienne de l'industrie du médicament s'est donné un code d'éthique. C'est récent. Vous avez raison. Dans le passé, il y a eu des abus, et c'est précisément pour ça que différents codes d'éthique, que ce soit de l'industrie, que ce soit du côté des médecins... Plusieurs associations médicales s'en sont donné, associations du Québec, associations du Canada qui se sont donné des codes d'éthique dans leurs rapports avec les compagnies pharmaceutiques, de sorte que la situation antérieure... Je peux vous assurer, en tout cas pour notre Fédération — et je vous ai donné deux exemples tout à l'heure — autant pour nos cours que pour les publications du *Médecin du Québec*, que les codes d'éthique s'appliquent et que nous ne recevons aucune pression du type qui pourrait être mentionné.

Toute la publicité aussi, il ne faut pas l'oublier, quand il y a de la publicité dans des revues médicales, cette publicité-là est soumise aussi à un code d'éthique. Il y a quelqu'un qui doit juger — et parfois ça cause des retards — de la pertinence de ce qui est écrit. Il faut que tout ce qui est écrit corresponde à ce que le gouvernement fédéral a autorisé et pas à autre chose, et c'est approuvé séparément en français et en anglais. Donc, il

y a une grande protection de ce côté-là. C'est bien sûr qu'il y a un aspect publicitaire, mais, comme dans toute notre société, la publicité, ça fait partie de notre vie.

• (11 h 20) •

Mme Charest: Je vous remercie, messieurs.

M. Boileau (Georges): Merci.

M. Lafrenière (Michel): Juste à titre de complément. Dans la vie de tous les jours, lorsqu'on organise ou qu'on participe à des activités de formation médicale continue, les activités, d'abord, sont prévues près d'un mois avant la tenue de l'activité et sous la responsabilité d'un médecin omnipraticien qui accrédite l'activité. Il y a des objectifs de formation qui sont établis, et souvent la personne-ressource va être effectivement engagée ou rémunérée par la compagnie pharmaceutique. Mais je vous dirais que, pour participer à certaines activités, des fois on a même l'impression de se demander ce que la compagnie pharmaceutique a à gagner, dans certaines activités. Effectivement, il y a eu des abus par le passé, mais, actuellement, c'est vraiment très strict de ce côté-là. Notre éthique, en tout cas, est respectée du mieux qu'on peut, et j'espère qu'il n'y aura plus d'écart de cette façon.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Je me suis mis moi-même sur la liste des intervenants. Avec ça, je voudrais demander deux questions. Une des choses qui m'ont frappé avec les études que nous avons étudiées, c'est le chiffre de 15 % des admissions dans nos hôpitaux qui sont des personnes qui ont des problèmes d'utilisation des médicaments: surutilisation, sous-utilisation ou mauvaise utilisation. Il y a aussi l'étude que vous avez mentionnée vous-mêmes, il y a quelques années passées, quand ils ont parlé de 11 % des ordonnances qui sont des ordonnances potentiellement non appropriées. C'est deux chiffres assez frappants que je voudrais vous laisser la chance d'expliquer ou de commenter. Mais la question que je voudrais demander, c'est la question de la substitution. S'il y a une politique de paiement, au niveau du gouvernement, qui paie juste pour le médicament le moins cher, le prix le plus bas — en anglais BAP — est-ce que, comme médecin omnipraticien, ça cause un problème quand vous faites votre ordonnance votre prescription à votre bureau pour x type de médicament, mais que ça a été changé à cause d'une politique de prix le plus bas? Est-ce qu'il y a un problème de substitution et est-ce que vous avez des solutions à ça? Je sais que, si vous écrivez «ne pas substituer», il n'a pas le droit de substituer. Mais est-ce qu'il y a un problème maintenant, selon votre information, de substitution pour les médicaments avec un prix moins cher?

M. Barakett (William J.): Il y en a certains qui nous ont occasionné des difficultés. Je mentionne, par exemple, l'Indéral. C'est un médicament qu'on utilise pour l'hypertension, l'angine. Maintenant, la longue

action n'est plus payée. Un patient qui recevait, par exemple, 160 mg, longue action, Inderal L.A. 160, une fois par jour, maintenant il doit prendre 80 mg deux fois par jour ou 40 mg quatre fois par jour. Il ne les prend pas. Alors, là, les patients nous reviennent, puis il faut qu'on inscrive «ne pas substituer». Puis, à ce moment-là, la longue action est payée. Alors, ça pose des problèmes de «compliance». Il n'y a pas beaucoup d'exemples parfois. J'ai vérifié avec un pharmacien du coin où je pratique, puis il n'y a pas beaucoup d'exemples de ce genre. Mais je pense que le Conseil consultatif pourra peut-être régler quelques-uns de ces petits ennuis là. Je pense qu'ils ont fait un assez bon travail pour voir à ce qu'on conserve sur la liste des médicaments assurés les choses qui sont essentielles à la bonne pratique. Et je pense qu'ils sont soucieux de ce problème-là de la «compliance». En autant que c'est possible, fournissez-nous des médicaments qui ne se prennent qu'une fois par jour pour qu'on puisse réussir à bien traiter nos malades.

M. Dutil (Rénald): J'aurais peut-être une remarque sur le préambule, sur votre question sur le 15 %. J'ai bien lu ces chiffres aussi dans le document de Mme Langevin, mais il faut quand même bien ventiler de tels chiffres. Je n'ai pas vérifié si c'est effectivement 15 % du coût des services de santé, là, qui sont reliés à l'utilisation inappropriée des médicaments. Ça m'apparaît bien élevé. Il faudrait bien voir à quoi fait référence ce 15 %. Est-ce que c'est 15 % de 13 000 000 000 \$, ici, au Québec? Est-ce que c'est 15 % de...

Le Président (M. Williams): Je pense que c'est 15 % des admissions.

M. Dutil (Rénald): Des admissions? Bon. Alors, c'est la première précision que je demandais. Mais il faut bien comprendre ce 15 % aussi. Si, par exemple, je prescris un médicament approprié à un patient... Il y a des effets secondaires à tous les médicaments. Mais il faut évaluer des risques, à un moment donné. Je risque d'avoir des effets secondaires dans un certain nombre de cas. Mais, si je ne prescris pas le médicament, mes risques sont beaucoup plus grands. Exemple, je prescris une anticoagulothérapie chez un patient à risque de faire un accident cérébro-vasculaire. Il peut, bien sûr, à un moment donné, là — il est en externe, il n'a pas des contrôles aussi fréquents que lorsqu'il était hospitalisé, dans les premiers jours de l'anticoagulothérapie — devenir trop anticoagulé et avoir une épistaxis, un saignement de nez, et il arrive à la salle d'urgence comme ça. Bon. Est-ce que c'est l'utilisation inappropriée du médicament? Non. C'est un risque inhérent à ce médicament et, à un moment donné, il peut arriver qu'il devienne débalancé. C'est un exemple parmi plusieurs autres que je pourrais citer.

Bien sûr, il y a... on appelle ça des effets iatrogéniques, qu'on devrait essayer de prévenir le plus possible. On vous mentionnait la prescription d'anti-inflammatoires

chez les personnes âgées, pour des longues périodes. On sait de plus en plus que c'est une cause fréquente d'hémorragie digestive. Le Dr Lafrenière, qui travaille dans une salle d'urgence, peut certainement témoigner du nombre de personnes âgées qu'on reçoit parfois avec des saignements digestifs secondaires à des prises prolongées d'anti-inflammatoires. Elles ont de l'arthrite. Parfois, ce n'est même pas des médicaments d'ordonnance; on peut les avoir au comptoir. Bon. Ça, c'est une utilisation peut-être inappropriée, lorsqu'on l'utilise à long terme. Il faut bien ventiler ces chiffres et faire attention. Disons qu'on pourrait s'épargner 15 % du coût des services de santé.

C'est la même chose pour les OPNA, les ordonnances potentiellement non appropriées. Encore là, on jauge des risques parfois. On sait qu'on peut avoir de tels problèmes, mais les bénéfices l'emportent sur les risques.

Le Président (M. Williams): Merci, M. Dutil. J'ai une autre question, mais... Certainement, je ne fais aucun commentaire sur l'instabilité économique et politique, sauf que, chez nous, il y a certainement le stress collectif. Mais, sans avoir des études sur ça, vous pouvez venir dans mon comté et, certainement, dans le comté de Nelligan, il y a un stress collectif chez nous.

Mais ma question est plus sur votre point de vue sur le comité pharma-économique, parce qu'il me semble que c'est vraiment la piste qu'on doit étudier: c'est quoi, l'impact de l'utilisation des médicaments dans le réseau de la santé et des services sociaux. Si on étudie juste le coût des médicaments, effectivement, ils sont chers. Mais est-ce qu'on peut faire une évaluation du coût direct et indirect dans le réseau de la santé? Et est-ce que vous pensez qu'on peut aller jusqu'au point que, si on subventionne ou si on laisse un médicament sur le formulaire et que ça coûte x montant, on peut peut-être réduire x montant sur les budgets des établissements? Est-ce qu'on peut faire une connexion entre l'utilisation des médicaments et réduire les admissions dans nos hôpitaux? Est-ce que c'est possible et faisable de faire ce type de corrélation directe?

M. Dutil (Rénald): Écoutez, est-ce possible? Je me pose la question. Vous savez, si on réduit la durée des admissions dans les hôpitaux... Ce n'est pas parce qu'on réduit la durée des admissions dans les hôpitaux ou qu'on ferme des hôpitaux que les gens vont cesser d'être malades, là. Il faut bien se rendre compte de ça. Il va falloir les traiter ailleurs, d'une autre façon, mais ils vont continuer, malheureusement, d'être malades. Alors, si l'hôpital ne fournit pas gratuitement le patient que je maintiens à domicile ou que je retourne à domicile d'une façon plus précoce que ce qui était la coutume, peut-être que je vais réduire le coût des médicaments dans le budget de l'hôpital, mais, à domicile, le patient devra soit payer lui-même ses médicaments ou, s'il est assuré en vertu du programme public, c'est le programme public qui va les payer. Alors, vous savez,

sur le plan macro, il n'y aura pas d'économies, il y aura peut-être même des coûts.

Le Président (M. Williams): Merci, M. Dutil. Le prochain intervenant est M. le député de Robert-Baldwin parce que... mais... Bon. Je peux donner la parole à M. le député de Taschereau. Vous avez eu un autre membre qui a demandé la parole avant, qui n'est pas ici. En tout cas, je passe la parole au député de Taschereau, si ça va, tout le monde? Correct.

M. Gaulin: M. le député de Robert-Baldwin a posé des questions tout à l'heure. Je suis sûr qu'il va me laisser en poser peut-être une toute petite, bien sûr. Moi, je voulais tout simplement que vous me parliez de la plurimédication, c'est-à-dire le fait que des gens âgés, en particulier, prennent beaucoup de médicaments. Quels sont les effets? Est-ce qu'il y a des effets qui s'opposent? Le fait, aussi, qu'on procède beaucoup par essais et erreurs, c'est un peu normal, là aussi, en médecine, mais quelles sont les retombées de tout ça? Et je parle en particulier des retombées économiques, parce qu'il y a des coûts, c'est bien évident, même s'il faut être malade ou si la santé, c'est un bien qu'on n'a pas toujours.

• (11 h 30) •

M. Dutil (Rénald): Nos personnes âgées, effectivement, prennent beaucoup de médicaments, et c'est une préoccupation pour nous, médecins. Mais il faut savoir faire des distinctions. Nos personnes âgées vivent plus vieilles qu'avant et, à 80, 85 ans, souvent, on a encore une bonne qualité de vie, mais on souffre de diabète, on souffre d'hypertension, on souffre d'une maladie pulmonaire, on souffre d'une maladie cardiaque. Toute pathologie qu'on peut stabiliser avec certaines molécules actuelles, bien sûr, ça se traduit par un grand nombre de médicaments, mais ces personnes ont encore une qualité de vie, souhaitent être traitées, et elles ont le droit d'être traitées. Il y a souvent un grand nombre de médicaments qu'on donne à nos personnes âgées qui sont justifiés.

Par ailleurs, on a quand même des préoccupations. La surconsommation de médicaments chez les personnes âgées est un fait réel et il nous faut travailler à la réduire, et c'est une préoccupation qu'on a, comme médecins. Il y a des initiatives très intéressantes qui ont été prises dans plusieurs centres d'accueil, entre autres via un comité de pharmacologie et d'utilisation des médicaments, où on a réussi, progressivement... Parce qu'on ne peut pas le faire du jour au lendemain. La personne âgée qui prend tel médicament depuis 10 ans n'accepte pas de se voir sevrée de cette médication du jour au lendemain. Donc, il faut savoir le faire d'une façon progressive, le faire accepter d'abord par cette personne-là.

Dans ces centres d'accueil, on a réussi, après plusieurs mois, sinon un an ou deux parfois, à réduire d'une façon très importante l'utilisation de médicaments chez ce groupe de résidents hébergés dans des centres d'accueil. Donc, il y a possibilité d'intervenir à ce niveau-là. Et il y a effectivement un problème, mais il faut

accepter, d'autre part, que, parce qu'on vieillit, parce qu'on souffre de diverses pathologies, à un moment donné, on va prendre plusieurs médicaments de diverses natures. Et plus on augmente le nombre de médicaments, plus il y a risque d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires. La personne âgée est particulièrement fragile aussi. Donc, c'est de toutes ces considérations qu'il nous faut tenir compte. Mais je pense qu'il y a certainement place à des programmes de revue d'utilisation des médicaments spécifiquement pour les personnes âgées, parce qu'il semble que le problème le plus aigu se retrouve à ce niveau-là.

M. Gaulin: Merci, Dr Dutil.

Le Président (M. Williams): Vous avez fini, M. le député de Taschereau?

M. Gaulin: Oui, c'est bien. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Maintenant, je passe la parole à M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Vous représentez près ou même peut-être plus de la moitié des médecins du Québec. Ce sont ces gens-là qui prescrivent. J'imagine que vous avez été entendus par le comité Castonguay sur le nouveau régime d'assurance-médicaments.

M. Dutil (Rénald): Non, M. Marsan, nous n'avons pas été entendus par le comité Castonguay.

M. Marsan: Vous n'avez pas été entendus par le comité Castonguay?

M. Dutil (Rénald): Nous attendons toujours l'invitation.

Une voix: Ils n'ont pas fini!

M. Marsan: La question suivante: Est-ce que vous accepteriez de nous donner succinctement votre vision de ce que devrait être un régime universel d'assurance-médicaments? Je pense aussi à la mise en garde que vous nous avez faite dans votre mémoire pour ne pas qu'on inclue une espèce de taxe déguisée aux patients ou à d'autres personnes dans la société.

M. Dutil (Rénald): Écoutez, à ce stade-ci, nos commentaires ne peuvent être que très généraux, parce qu'on n'a pas pris connaissance de l'étude de M. Castonguay. Donc, on ne peut pas présumer de ce que sera notre réaction à ce rapport, si jamais on nous consulte. Si on ne nous consulte pas et que le rapport devient public, nous allons quand même faire connaître nos commentaires.

Ceci étant dit, on est très préoccupés par cette portion de la population qui n'a pas accès aux médicaments. Comme médecins, il nous faut trouver une solution à ce problème. Est-ce un régime universel d'assurance-médicaments? J'avoue que, actuellement, nous sommes préoccupés par un tel programme dans les contextes financiers que nous connaissons. Est-ce qu'un tel programme ne servira pas à financer, à faire porter sur le poids de l'ensemble des citoyens, donc d'une partie de ceux qui ne consomment pas de médicaments, le coût du programme? Je n'ai pas de réponse, j'attends l'étude de M. Castonguay.

Au stade où nous en sommes, nous posons des questions, mais nous voulons quand même témoigner de notre préoccupation à faire en sorte que la médication soit un service accessible à chaque citoyen du Québec, que ce soit via un programme public ou des assurances privées ou toutes sortes d'autres moyens. Mais il y a là une question d'accessibilité à des services de santé de qualité. Et ça, là-dessus, nous allons soutenir tout programme qui permettra ce service d'accessibilité, si, bien sûr, il est compatible avec les ressources dont on dispose dans cette société.

M. Marsan: Vous faites une mise en garde sur la taxe déguisée. Vous nous dites: Faites attention. Quoi, c'est un frais modérateur qui pourrait être augmenté, c'est l'impôt...

M. Dutil (Rénald): Tout est possible. C'est vous les législateurs, ce n'est pas nous.

M. Marsan: Moi, je voudrais vous remercier pour les questions, mais je retiens particulièrement — et ça me surprend, là — qu'on ne vous a pas demandé pour être entendus devant le comité Castonguay. En tout cas, c'est vraiment surprenant de la part d'un groupe qui représente la moitié des médecins de la province qui prescrivent beaucoup de médicaments. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Merci, M. le député de Robert-Baldwin. M. le député d'Ungava.

M. Létourneau: Juste une précision. Est-ce que vous savez si le Collège des médecins a été rencontré dans le cadre de la consultation? À ce que je sache, ça représente l'ensemble des médecins aussi.

M. Dutil (Rénald): Devant...

M. Létourneau: M. Castonguay.

M. Dutil (Rénald): Je ne pourrais pas vous dire.

M. Létourneau: O.K. Je crois que oui.

Le Président (M. Williams): Merci, M. le député d'Ungava. M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Je pensais que c'était...

Le Président (M. Williams): Ah! excusez, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Docteur, à la page 3 de votre mémoire, en parlant un peu soit de la surutilisation ou de l'utilisation potentiellement non appropriée, vous dites que le médecin ne doit pas être transformé en bouc émissaire. Et vous dites un peu plus loin, bien sûr: Mais il n'est pas rentable, sur le plan politique, de trop pousser les études sur le comportement des consommateurs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux ne doit pourtant négliger aucun secteur s'il veut apporter des solutions justes.

Ça m'a frappé, cette phrase-là, que, selon vous, il n'est pas rentable sur le plan politique de trop pousser les études sur le comportement des consommateurs. Peut-être que vous pouvez un peu élargir sur ça. Et, dans les quelques minutes qui nous restent, si vous avez quelques commentaires sur les façons dont on peut contrôler les médicaments ou la possibilité des ordonnances non appropriées, en sachant, semble-t-il — on a cherché tantôt les chiffres — qu'une...

Moi, j'avais l'impression qu'une bonne partie des ordonnances non appropriées ou potentiellement non appropriées étaient prescrites par plusieurs différents médecins et remplies par plusieurs différents pharmaciens. Mais, semble-t-il, un bon pourcentage des médicaments potentiellement non appropriés sont prescrits par le même médecin et remplis par le même pharmacien, ce qui, pour moi, a été frappant un tout petit peu. J'avais l'impression que c'était dû à la multiplicité des médecins et des pharmaciens dans le dossier, mais, semble-t-il, il y a un bon pourcentage qui n'est pas dû à ça. Alors, comment on contrôle l'utilisation?

M. Barakett (William J.): Nous parlons, dans le document, d'une initiative publicitaire qui pourrait être mise sur pied, y incluant les médecins omnipraticiens et même les médecins spécialistes et les pharmaciens, pour sensibiliser le public. On ne veut pas pointer du doigt le public qui, lui, cherche des solutions à ce qu'il perçoit comme des problèmes.

Mais, quand vous êtes médecin depuis des années de temps, comme moi, 25 ans, et que vous avez fait face à une multiplicité de demandes des patients, des demandes pour des tranquillisants, des demandes pour des laxatifs, des demandes pour toutes sortes de choses qui virent réellement en prescriptions de complaisance des gens qui exigent et qui refusent d'utiliser les autres moyens doux: l'exercice, par exemple, guetter sa diète, par exemple, tu sais, toutes des choses qu'on essaie de recommander à nos patients, qu'ils refusent de suivre, manger des fibres; ils préfèrent prendre des laxatifs... Essayer d'enlever un laxatif à une personne âgée, c'est la fin du monde. Tu sais, essayer de leur enlever... On parle de leur enlever les anxiolytiques, les tranquillisants; ça va être extrêmement difficile. Moi, je pratique

en toxicomanie, puis je fais le sevrage des médicaments chez les gens. Je peux vous dire que c'est extrêmement difficile d'enlever un tranquillisant chez quelqu'un qui en prend depuis plus qu'un mois ou deux.

• (11 h 40) •

Alors, pourquoi les prescriptions s'éternisent? Je pense qu'il y a un facteur subjectif là-dedans. Ce n'est pas juste le médecin qu'il faut viser, c'est l'ensemble des problématiques que le patient présente. Et je pense qu'une initiative publicitaire est une façon d'aborder le sujet pour responsabiliser les patients eux-mêmes, les sensibiliser au fait que les solutions faciles ne sont pas toujours les bonnes. C'est ça qu'on voulait dire là-dedans. Je pense qu'on l'a fait de façon un peu ironique, mais c'était pour soulever ce point-là.

M. Lafrenière (Michel): Vous faites référence aux prescriptions potentiellement nuisibles. À mon avis, c'est plus facile de faire référence à ces prescriptions-là, parce que les prescriptions réellement nuisibles, certainement qu'il en existe, mais elles sont plus rares. Potentiellement nuisibles, c'est des effets secondaires qui s'accumulent. Vous avez vu le CPS, vous devez sûrement le connaître; il est épais comme ça. Tous les médicaments donnent des nausées. Or, c'est sûr que, si on en donne trois, on a peut-être trois fois plus de chances d'avoir des nausées que si on n'en prend pas pantoute.

Cependant, votre confrère, tout à l'heure, faisait référence au fait que, souvent, la prescription est faite dans un contexte de — je ne me souviens pas de l'expression qu'il a utilisée — essai-erreur. Or, il arrive, des fois, des patients chez qui on prescrit une médication et, surprenamment, ce patient-là ne réagit pas comme les huit autres qu'on a vus tout à l'heure et à qui on a prescrit la même médication. C'est sûr qu'il peut y avoir une nuisance potentielle, là, mais il faut prendre ça aussi avec un certain grain de sel et voir, effectivement, si ça donne des problèmes ou si ça n'en donne pas.

Le Président (M. Williams): Oui, dernier commentaire.

M. Boileau (Georges): Pour répondre à votre question, c'est que, dans le passé, le médecin a toujours été une cible très facile pour les gouvernements et pour des groupes de pression. Nous, ce qu'on voudrait, c'est que le gouvernement aille plus loin dans ce domaine-là.

On vient d'avoir, d'ailleurs, si vous avez lu les journaux, il n'y a pas tellement longtemps — je pense que c'est la semaine dernière — pour 30 000 \$ de médicaments qui ont été jetés par des gens qui souffrent du sida. Ils ont jeté ces médicaments-là pour déclarer, éventuellement, qu'ils avaient une intolérance et pour obtenir le nouveau médicament qui vient de sortir.

Donc, il faut étudier tout ça, ces choses-là. Ce n'est pas la question de jeter la pierre à un groupe plutôt qu'à un autre, mais un gouvernement se doit, lorsqu'il fait une étude, de faire une étude complète et de ne pas se limiter seulement à un secteur. C'est ce qu'on voulait dire.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Malheureusement, il ne reste plus de temps. M. Dutil, Dr Barakett, Dr Lafrenière et Dr Boileau, merci beaucoup pour votre participation aujourd'hui. Je suis tellement heureux que nous ayons invité la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Maintenant, je suspends pour quelques minutes, afin de laisser le temps à la Fédération des médecins spécialistes du Québec de prendre place.

(Suspension de la séance à 11 h 43)

(Reprise à 11 h 49)

Le Président (M. Williams): À l'ordre, s'il vous plaît! Merci tout le monde. La commission des affaires sociales reprend son travail. Maintenant, nous allons écouter la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Bienvenue, Dr Gauthier. J'ai déjà expliqué les règles. Nous allons avoir 90 minutes ensemble: vous allez avoir au début 20, 25 minutes pour faire votre présentation; le reste du temps, ça va être partagé entre les députés pour une période de plus ou moins 70 minutes. Avant de commencer, Dr Gauthier, pouvez-vous présenter les autres membres de votre délégation?

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Gauthier (Pierre): Ça me fait plaisir, M. le Président. On vous remercie. J'ai, à ma droite, le Dr Yves Dugré, qui est vice-président à la Fédération des médecins spécialistes, oto-rhino-laryngologiste de profession; toujours à ma droite, le Dr Onil Gleeton, qui est cardiologue; à ma gauche, le Dr Michel Brazeau, qui est directeur des politiques de la santé et de la formation médicale continue; et le Dr Jacques Provost, qui est le directeur des affaires professionnelles. Je suis également accompagné de Mme Claire Bissonnette, qui est directrice des communications à la Fédération des médecins spécialistes.

• (11 h 50) •

Le Président (M. Williams): Excellent.

M. Gauthier (Pierre): M. le Président, nous tenons à vous remercier de cette invitation ainsi que les membres de cette commission. Pour nous, cela est majeur et prioritaire. Évidemment, nous sommes les agents principaux dans la prescription des médicaments et c'est d'un haut intérêt. À titre de citoyens à part entière, les médecins du Québec sont préoccupés comme les autres par l'escalade des coûts des services de santé. Ils ont aussi constaté que le coût des médicaments croît plus rapidement que le coût des services hospitaliers et que la population dépense maintenant plus pour les médicaments que pour les services médicaux.

Si les médecins connaissent bien la valeur de l'argent, ils connaissent encore mieux la valeur de la santé. Ils ne se sont pas contentés de la connaître, ils ont

engagé leur vie professionnelle à prévenir, soulager et, le plus souvent possible, guérir la maladie, à assurer la réadaptation des personnes handicapées par des complications et à promouvoir la santé.

En acceptant de vous rencontrer pour vous livrer notre perception de la problématique de la consommation des médicaments au Québec, il nous semblait nécessaire de faire rappel, d'entrée en matière, qu'il n'y a pas qu'une seule perception médicale de cette question. La commission parlementaire des affaires sociales, d'ailleurs, l'a déjà constaté, puisqu'elle a invité divers regroupements de médecins qui sont les principaux prescripteurs de médicaments.

Nos collègues de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec sont appelés à nous précéder à ces auditions — ce qu'ils ont fait tantôt. La problématique est certes différente pour les médecins omnipraticiens et pour les médecins spécialistes. Comme on pourrait s'y attendre, les médecins spécialistes qui sont moins présents dans les premiers bataillons de la lutte contre la maladie travaillent dans un contexte de diagnostics plus précis, de traitements plus spécifiquement ciblés et seront sans doute les premiers à utiliser les produits nouvellement développés et forcément plus dispendieux.

Quels sont les profils de prescriptions respectifs de chacun de nos regroupements? Nous sommes à l'ère de l'information, mais nous ne le savons pas. La grande diversité se retrouve même à l'intérieur de notre propre famille de 7 300 médecins spécialistes actifs qui comprend 30 associations représentant 33 disciplines. Or, la problématique de la consommation des médicaments, dont la prescription est un volet, est appréciée et influencée différemment par les cardiologues, les neurochirurgiens, les anesthésistes, les psychiatres, les médecins internistes, les microbiologistes infectiologues. Qu'en est-il au juste? Nous sommes à l'ère de l'information, mais nous ne le savons pas exactement.

Le vulgarisateur voudrait parfois nous faire croire qu'un volet important de la problématique des médicaments se résume ainsi: les médecins prescrivent bien mal d'excellents produits. Ne confondons rien. Comme dans toutes choses humaines, la réalité n'est pas si simple. Mais l'énoncé est simpliste.

Une des grandes difficultés, dans l'examen de cette problématique qui peut être abordée sur le plan des coûts et de l'efficacité ou des coûts et des bénéfices, c'est que nous ne connaissons très bien qu'un aspect de l'équation: les coûts. Les coûts qui sont engagés pour la consommation des médicaments sont bien établis. Les coûts associés aux complications engendrées par les médicaments sont connus à un moindre degré.

Les bénéfices résultant de l'emploi des médicaments sont considérables, la recherche appliquée en atteste largement. Mais il n'est pas exagéré de dire que l'ensemble des bénéfices attribuables à la médication prescrite au sein de la population est tout au plus prescrite, mais n'est guère établie. Que faut-il penser de la médication consommée sans prescription? C'est très difficile à apprécier.

À une époque où nous sommes obsédés par nos dettes et nos économies personnelles, par les dettes de nos gouvernements et leurs interventions dans les détails mêmes de nos vies personnelles et professionnelles, l'image très précise que nous avons de la spirale des coûts pour les services de santé et pour les médicaments nous incite à intervenir vigoureusement, à corriger le tir. Mais comprenons-nous bien. Nous tentons trop souvent de mener cette intervention sans un examen aussi attentif des avantages et bénéfices que nous procurent ces médicaments. Enfin, les deux dimensions de l'équation coût-efficacité sont en rapide évolution à cause des changements démographiques, des développements technologiques et des changements dans l'organisation des services de santé.

Dans cette problématique qui survient à l'ère de l'information, il y a donc fondamentalement une crise de l'information qui doit être et qui est en voie d'être corrigée. Nous appuierons l'ensemble des démarches prises pour améliorer la situation dans la mesure où quelques règles fondamentales seront respectées:

1° Tous prendront le temps de bien faire les choses: la vitesse s'allie rarement à l'efficacité;

2° Le réseau se procurera les instruments nécessaires pour accomplir cette tâche: l'efficacité est généralement le fruit d'investissements judicieux;

3° Tous procéderont avec une rigueur exemplaire;

4° Toutes les parties intéressées et compétentes participeront au recueil et à l'exploitation de l'information: les restrictions mentales et la conservation de l'information pour soi sont des instruments de pouvoir aujourd'hui largement dépassés;

5° Tous respecteront la vie privée de chaque citoyen.

Dans cette perspective, les médecins spécialistes sont déjà et demeureront engagés dans les processus de revue de l'utilisation des médicaments prescrits et non prescrits menés dans nos cabinets, dans les polycliniques, dans les établissements et dans les programmes régionaux, provinciaux, nationaux et internationaux.

Les médecins spécialistes collaborent déjà avec leurs collègues omnipraticiens à l'exploitation des informations générées à la fois par ces revues d'utilisation et par les progrès scientifiques. Ils travaillent à parfaire l'éducation continue de tous les médecins lorsque des ajustements ou des changements sont requis. Les médecins spécialistes intensifieront ces démarches. Avec le concours des facultés de médecine, des associations professionnelles et du Collège des médecins, les médecins spécialistes développeront tous les moyens andragogiques efficaces, y compris, le cas échéant, l'application de lignes directrices pour arriver à cette fin — voir ici les guides de pratique. C'est la responsabilité des médecins, ce n'est pas celle des autres.

Dans ce même effort, les médecins spécialistes continueront d'appuyer les démarches pour créer un dossier-patient unique dans la mesure où sera scrupuleusement respecté le droit à la confidentialité de tout ci-

toyen. Les avantages potentiels d'un tel instrument sont largement reconnus.

Les médecins spécialistes continueront de collaborer avec les professionnels de la santé, comme les pharmaciens et les infirmières, à améliorer la thérapie de nos malades. Ceci se fait dans le respect des compétences de chacun. Les médecins spécialistes se doivent cependant de faire un rappel quant au rôle central et à la responsabilité ultime du médecin engagé à l'égard de son patient. La collaboration entre les médecins et les professionnels de la santé ne doit d'aucune façon mettre en péril cette prise en charge du malade et la continuité des soins.

Dans une toute autre veine, les médecins spécialistes soulignent et se réjouissent des effets bénéfiques pour la population tout entière, sur un plan qui dépasse largement la dimension comptable, de la concentration des ressources à laquelle participe l'industrie pharmaceutique dans la grande région de Montréal. Il s'y produit non seulement un effet additif, mais aussi un effet synergique qui contribue nettement au dynamisme et aux réalisations de la communauté scientifique québécoise dans le domaine de la santé.

En terminant, revenons à la question de l'information. L'information peut être transmise de façon objective et généreuse. Elle peut être utilisée à des fins éducatives ou promotionnelles. En cette époque où il est dit que les individus peuvent et doivent se prendre plus directement en charge, il serait regrettable que l'information dirigée vers eux concernant les médicaments ait un caractère essentiellement promotionnel. Il serait encore bien plus grave d'entretenir l'illusion que chaque citoyen puisse s'abreuver de toutes les nouvelles données générées quotidiennement, les comprendre et les utiliser à bon escient. Faut-il vous dire que la profession médicale se voit dans l'obligation d'accentuer encore ses efforts et d'améliorer son organisation pour intégrer le flot considérable d'informations qui nous inonde afin de le traduire en connaissances, compétences et performances satisfaisantes au service de nos patients.

● (12 heures) ●

Voilà, succinctement, M. le Président, la position de la Fédération des médecins spécialistes. Avec votre permission, compte tenu de l'importance de la prescription des médicaments par les cardiologues au Québec, nous avons cru bon de déposer un mémoire très, très résumé de l'Association des cardiologues du Québec, qui pourrait vraiment éclairer la commission, ici. Je demanderais à cet effet, toujours avec votre permission, au Dr Onil Gleaton d'en faire la présentation, si cela est possible.

Le Président (M. Williams): O.K., allons-y. Avez-vous les copies?

M. Gauthier (Pierre): Oui, je les dépose ici.

Le Président (M. Williams): S'il vous plaît. Merci. Nous allons faire la distribution des documents dont vous parlez.

M. Gleeton (Onil): Merci, M. le Président. L'Association des cardiologues du Québec est consciente et préoccupée, comme les autres organismes publics et privés, des coûts croissants du système de la santé, en l'occurrence celui des médicaments. Quotidiennement, les cardiologues, comme d'autres spécialistes, sont confrontés avec le paradoxe coût-efficacité d'une intervention ou d'un traitement et des budgets fermés et souvent même décroissants.

Selon la Régie de l'assurance-maladie du Québec, en 1994, les coûts des médicaments cardiovasculaires représentaient 35,7 % des 732 513 000 \$ de médicaments assurés. Toutefois, il faut mettre en perspective ces coûts en relation avec l'incidence des pathologies cardiovasculaires qui touchent plus de 40 % de la population et qui représentent la principale cause de décès en Amérique du Nord. Selon les données de Statistique Canada publiées en 1995, les causes de décès au Québec en 1993 étaient de 37 % d'origine cardiovasculaire, 29 % pour les cancers, 7 % pour les maladies respiratoires, 1 % pour le sida et 26 % pour les accidents et autres causes.

Plusieurs impondérables peuvent expliquer l'augmentation des coûts des médicaments cardiovasculaires. Entre autres, mentionnons le vieillissement de la population et la longévité accrue des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires, suite à nos interventions préventives et curatives. Serions-nous victimes de nos propres succès?

Deuxièmement, la venue de nouvelles molécules plus dispendieuses mais ayant un impact positif sur la qualité et la survie des patients. Mentionnons les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les hypolipémiants, les antagonistes des canaux calciques et les antiarythmiques.

Troisièmement, la polypharmacie, parfois nécessaire pour optimiser le traitement des patients. En cardiologie, par rapport à d'autres intervenants de la santé, nous travaillons dans un contexte de diagnostics plus précis. Les traitements, bien qu'ils puissent être également nombreux, sont spécifiquement ciblés.

Quatrièmement, comme vous le savez tous, le coût élevé pour la mise en marché de nouvelles molécules.

Comment pouvons-nous mieux contrôler les coûts? Premièrement, par une approche préventive concertée de la première ligne en regard des habitudes de vie à modifier et d'un meilleur contrôle des facteurs de risques connus pour le développement des maladies cardiovasculaires, tels que l'hypertension, le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète, et j'en passe.

Deuxièmement, s'assurer autant que possible que les diagnostics ont été bien établis en utilisant à bon escient l'expertise des médecins spécialistes dans le domaine.

Troisièmement, s'inspirer des guides thérapeutiques provenant de consensus d'experts et d'études cliniques à grande échelle démontrant l'efficacité d'un traitement par rapport à un autre en tenant compte, si disponible, du rapport coût-efficacité. Merci.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup pour ces deux présentations. Maintenant, je passe la parole à Mme la députée de Blainville.

Mme Signori: Merci, messieurs, de votre présentation. Moi, j'aurais deux petites questions. C'est des suggestions, en fait, que je vous demande. À la page 2 de votre mémoire, au troisième paragraphe, vous parlez des coûts et de l'efficacité et des coûts et des bénéfices, et vous suggérez: «Les coûts associés aux complications engendrées par les médicaments sont connus à un moindre degré.» C'est la dernière phrase. Quelle solution vous proposez pour qu'on puisse arriver, à un moment donné, à avoir des données suffisantes pour répondre à ce problème-là?

M. Gauthier (Pierre): Bien, il faudra d'emblée investir au niveau de l'information. On aurait n'importe quel plan, n'importe quel projet, si jamais on ne met pas sur pied l'information ensemble... C'est pour ça qu'on n'a pas actuellement les outils nécessaires pour pouvoir confiner tous les effets secondaires. On sait qu'il y a beaucoup d'effets secondaires des médicaments, et, d'ordre général, il y a des études qui sont faites précisément avant que les médicaments soient mis sur le marché. C'est clair qu'il y a un rigoureux processus avant la mise en marché. Mais il reste que, néanmoins, si on veut regarder les coûts-bénéfices sociaux par rapport à l'activité, on n'a pas d'outils actuellement en main.

Et c'est pour ça que, dans notre mémoire, on fait référence beaucoup à l'information. C'est un peu la majeure partie de nos recommandations, d'investir dans l'informatique. On parle beaucoup de la carte à puce, on parle beaucoup de dossier unique. Ce sont des mesures excellentes, si on parvient à avoir l'informatique nécessaire, s'il y a l'infrastructure nécessaire. À date, on a investi beaucoup dans l'informatique à d'autres sujets, au point de vue administratif. Mais, sur le plan de la qualité des soins, dans les hôpitaux, à ce que je sache, il n'y a pas eu autant d'investissements de faits, et l'informatisation des dossiers est loin d'être faite. C'est sûr que ça engendre beaucoup de coûts, mais il faudrait voir les coûts-bénéfices par rapport à toutes ces informations-là.

Vis-à-vis des coûts-bénéfices, tantôt, vous posiez une question, vis-à-vis des médicaments qui sont prescrits à moindre coût. Ça, c'est le coût-efficacité. Si vous avez une infection urinaire... Pour votre question de tantôt — j'étais ici, dans la salle — la réponse, c'est le coût-efficacité. Il coûte plus cher... Si vous avez une infection urinaire d'un microbe qui est résistant aux sulfas qui coûtent moins cher, vous êtes mieux, s'il y a indication, s'il est indiqué par l'antibiogramme, de prescrire un médicament plus dispendieux et que le traitement réussisse que de donner un médicament dont le traitement ne réussira pas. Il y aurait récurrence d'infection urinaire. Ce que je veux dire en mots simples: traiter cinq fois à 10 \$ coûte plus cher que traiter une fois à 40 \$. Alors, ça, c'est le

coût-efficacité des médicaments. Ça aussi, il faut avoir ça à l'oeil. Mais, pour ça, il faut avoir l'ensemble des données, être bien informé là-dessus. Et nous, à la Fédération et tous les médecins spécialistes, sommes très soucieux de la spécificité du traitement, c'est-à-dire, vis-à-vis de l'agent causal, de donner le bon traitement. Alors, c'est l'exemple des antibiotiques.

Mme Signori: Aviez-vous terminé?

M. Gauthier (Pierre): Oui.

Mme Signori: Moi, j'essaie de comprendre comment un système informatisé pourrait... Il faudrait qu'il soit comme bien, bien spécialisé pour qu'on puisse arriver à avoir les complications engendrées par les médicaments. C'était plutôt...

M. Gauthier (Pierre): Bon, on les sait actuellement sur l'aspect théorique.

Mme Signori: Oui, théorique...

M. Gauthier (Pierre): Mais quel est le coût de société?

Mme Signori: ...mais comment on met ça dans l'informatique...

M. Gauthier (Pierre): Moi, je ne sais pas si, Michel, tu veux...

Mme Signori: ...pour le patient? Comment on peut avoir ça vite?

M. Gauthier (Pierre): Mais c'est plutôt un ensemble, une approche globale.

M. Brazeau (Michel): Le faire très rapidement et avoir la réponse, ça, non, je pense qu'il ne faut pas y penser. Ce qu'on est en train de soulever comme problème, je pense qu'il y a effectivement, en premier lieu, le problème des instruments nécessaires, logiciels et nos ordinateurs. Mais ce n'est probablement pas là qu'on rencontre la plus grande difficulté.

Il y a également de s'entendre. Vous savez, avec toutes les informations qu'il faut colliger présentement dans le domaine de la santé, on ne peut pas tout ramasser, tout colliger. Il faut pratiquement se dire: Bon, telle information nous intéresse tous, on va se concerter pour aller chercher cette information-là. On établit comme une de nos priorités l'identification des coûts associés aux complications engendrées par les médicaments.

Là, on passe à la partie la plus difficile de toutes. Cette partie-là, c'est: Comment on procède pour obtenir cette information-là? Quelle est l'information importante à obtenir? Et là vous êtes en train de soulever, en fait, un problème, je pense, qui est pleinement reconnu à l'heure actuelle non seulement au Québec,

mais au Canada et dans plusieurs autres pays occidentaux. Quand on veut procéder à une estimation de coûts, on peut s'attarder à examiner comment on va aller chercher l'information sur les réactions médicamenteuses, mais même la partie «coûts» va nous poser des problèmes.

On sait que, très régulièrement, ici, au Canada et au Québec, quand on parle de coûts pour un service de santé, on est dans le domaine de la plus grande fantaisie, à cause de notre façon de colliger l'information. Cette information-là était colligée d'une façon satisfaisante pour nos besoins antérieurs, car ce qui était important était de savoir combien coûtait un département dans un centre hospitalier. Mais allez savoir combien coûte un service spécifique, ça, c'est une tout autre chose. Allez savoir combien coûte une activité ou le résultat d'un accident associé aux médicaments, ça, c'est une tout autre chose.

• (12 h 10) •

Et le volet le plus difficile en ce qui concerne ce que vous demandez, c'est: Quelle information va être colligée et comment le ferons-nous? Les parties plus simples sont: Quels sont les instruments qu'on utilisera et est-ce qu'on retient ça comme une priorité pour nous tous? Mais la phase III va faire en sorte que ça va toujours être difficile; réalisable, si c'est ça qu'on veut prioriser, on peut le prioriser, mais il ne faut pas s'attendre à ce qu'on ait des réponses en dedans de six mois ou un an.

Mme Signori: Merci.

Le Président (M. Williams): Merci. Maintenant, je passe la parole à M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Je voudrais, Dr Gauthier, vous remercier pour la qualité de votre présentation et des informations que vous nous donnez, pour le mémoire, aussi, de l'Association des cardiologues, qui est un ajout positif, on essaie de trouver des solutions.

Ma première question. Je voudrais savoir si, au moment où on étudie, où on veut réviser complètement, où on veut mettre sur pied un régime d'assurance-médicaments, au moment où votre Fédération... Si je ne me trompe pas, je pense que vous représentez à peu près 50 % et plus des médecins du Québec et de ceux, donc, qui prescrivent. Je voudrais savoir si vous avez été consultés par le comité Castonguay.

M. Gauthier (Pierre): À ce jour, nous étions heureux d'être invités ici, car on n'a jamais eu d'invitation au préalable, M. le Président. Pour nous, si on parle du budget du ministère des affaires sociales et des services sociaux qui est de 12 900 000 000 \$ et que ça représente le tiers du budget, je trouve tout à fait... Nous sommes un petit peu chagrins de ne pas avoir... non chagrins, mais je pense que nous devrions être impliqués davantage, car nous sommes très près du

processus de la prescription et du contact des malades. Alors, dans les circonstances, nous souhaiterions être invités, si cela est possible. Car nous voulons être proactifs, nous ne voulons pas être réactionnaires. Nous comprenons qu'aujourd'hui, dans les temps où les difficultés économiques sont énormes, on ne reviendra pas sur le passé, mais il faudrait trouver des solutions pour l'avenir. Je pense que notre participation serait importante, éminemment pertinente pour pouvoir cerner certaines problématiques et, également, faire des suggestions, car nous sommes, si on peut dire, les soldats sur le terrain. C'est nous qui sommes en contact avec les malades, et nous participons à une grande part des activités qui ont un coût budgétaire énorme.

Alors, pour nous, c'est sûr qu'on devra faire des représentations, car on se demandait de jour en jour: Peut-être qu'on sera invités. Mais là on a été invités ici, à cette première. Alors, j'espère que ça pourra déboucher, M. le Président, concrétiser nos aspirations.

M. Marsan: Ma question serait dans le sens suivant. Quelle serait votre vision d'un programme d'assurance-médicaments? Pouvez-vous nous donner les grands paramètres, très rapidement? On comprend que ce n'est pas le rapport Castonguay qui vous reçoit, tout le comité. Mais, si vous voulez quand même nous donner des indications, au moment où on étudie un mandat d'initiative des médicaments, je pense que ce serait révélateur pour nous et ça nous informerait de bonne façon.

M. Gauthier (Pierre): D'entrée de jeu, je vous dirais qu'on n'a pas arrêté de jugement pratique ou fait d'étude plus spécifique. Mais, spontanément, il est clair qu'un programme d'assurance-médicaments devra cerner les médicaments qui seront les plus utiles à l'intérieur d'un programme. À date, on a choisi les médicaments qui sont assurés — il y a un grand budget — pour certaines classes d'individus. Il faudra s'assurer que ce ne sera pas toujours encore les mêmes qui paient. Puis, à l'intérieur de ce système d'assurance-médicaments, il est clair que le coût des médicaments dans certaines pathologies, il est impossible que les citoyens puissent assumer ça. Quand on parle de traitement d'antinéoplasiques, de médicaments en médecine cardiovasculaire, il est clair qu'une assurance-médicaments sera fort utile.

Alors, la couverture, nous n'avons pas encore arrêté notre choix là-dessus. Il faudra se pencher sur la couverture des médicaments, cela nous paraît important. La participation. Évidemment, je le répète, une certaine classe moyenne, actuellement, est fortement taxée. Il faudra se prémunir davantage de ne pas surtaxer ces gens-là et, surtout, identifier les besoins par rapport aux maladies, les besoins réels. Et c'est dans ce sens-là, notre position. S'il y a de mes collègues qui auraient des commentaires — Dr Dugré — additionnels.

M. Dugré (Yves): En rapport avec cette assurance-médicaments, je pense qu'on devra avoir un souci

de concordance, dans le système. Une pathologie est traitée à l'hôpital, une intervention chirurgicale est assurée, et, dans la nouvelle technologie du virage ambulatoire, ce traitement alternatif qui pourrait être fait à domicile ou la médication... une pathologie est traitée de façon médicale et, à ce stade-là, elle n'est pas assurée. Donc, il manque de concordance dans notre système actuellement, et, à l'occasion de l'implantation d'un tel plan, on devrait essayer d'avoir plus de concordance dans le traitement des maladies. Une même maladie est traitée de façon... est assurée à l'hôpital, par exemple, par une intervention chirurgicale, et le patient doit payer s'il est traité médicalement. Donc, je pense que, dans le virage ambulatoire, c'est une chose importante, et, par le biais de ce plan d'assurance-médicaments, on pourrait remédier à cette anomalie.

Le Président (M. Williams): Dernière question.

M. Marsan: M. le Président, juste pour terminer sur le dossier des consultations. Le ministre de la Santé nous dit souvent, en tout cas à l'Assemblée nationale, qu'il va faire sa réforme avec l'appui des partenaires. Est-ce qu'aujourd'hui vous vous considérez comme un partenaire du ministre de la Santé?

M. Gauthier (Pierre): Bien, au moment où je vous parle, nous sommes des invités. Il y a certains aspects pour lesquels nous avons fait des représentations auprès du ministre pour devenir de véritables partenaires. Et, à ce titre, je dois vous dire, M. le Président, sans déborder sur les médicaments, que le ministre a mis sur pied un comité avisier dans lequel participent les fédérations. Et, à ce titre-là, c'est une première pour nous, et nous trouvons ça correct, sur cet aspect-là.

Sur l'aspect des médicaments, nous n'avons pas été informés — je pense que c'est important qu'on puisse dialoguer ici — de préparer des documents et, à ce moment-là, j'indiquerai aux gens concernés notre désir de participer. Et nous voulons véritablement ne pas être des partenaires juste sur certains aspects qui sont plus difficiles, vous comprenez? Alors, il y a des aspects où on peut être utiles également, comme les médicaments.

M. Marsan: Merci, M. le Président.

M. Gauthier (Pierre): Et on veut participer à la réorganisation des services de santé, mais on veut avoir la globalité. Parce qu'il y a une concordance dans tout, il y a une globalité, là, qu'il ne faut pas minimiser.

Le Président (M. Williams): Merci, Dr Gauthier. Je passe la parole à Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Merci, messieurs de la Fédération des médecins spécialistes. Je voudrais juste préciser au départ, M. le Président, si vous me permettez, qu'aujourd'hui ce n'est pas le ministre qui

invite, mais c'est la commission parlementaire des affaires sociales et c'est sur un mandat d'initiative. Alors, le ministre n'a rien à voir dans cette initiative de la part des membres de la commission. Je pense que, là-dessus, il faut faire la distinction, elle est très nette et précise.

Maintenant, je vais en venir au sujet de mon intervention auprès de vous. Ce qui me surprend dans votre mémoire, c'est toute la question de l'information et, en quelque part, je me dis: Que vient faire l'information dans la maîtrise des coûts des médicaments? Ce n'est pas une question bête et insignifiante que je vous pose là. J'aimerais ça, vous entendre. Vous dites que vous appuyez l'ensemble des démarches prises pour améliorer la situation dans la mesure où quelques règles fondamentales seront respectées, et vous avez émis cinq règles. Là-dessus, est-ce que vous faites rapport à la connaissance de la problématique ou au niveau de connaissance qu'on peut avoir sur les différents éléments de la problématique, ou si vous faites référence aux systèmes d'information ou aux structures d'information qui devraient exister ou qui existent? À quoi faites-vous référence exactement lorsque vous parlez d'information? Si on parle d'information, on pourrait parler de la carte à puce, qui peut déjà véhiculer certains types d'information dans le cadre des soins prodigués aux patients. Il y a un volet médicaments, avec toute la question aussi des interactions médicamenteuses qui existent. Ça existe déjà, et, ça, c'est de l'information qui peut être véhiculée à travers les partenaires de la santé, les professionnels de la santé qui ont à traiter les patients. Alors, je voudrais que vous nous parliez de façon beaucoup plus précise de ce à quoi vous faites allusion exactement.

M. Gauthier (Pierre): Bien, dans un premier temps, vous avez tout à fait raison quand vous parlez de la carte à puce, c'est une information, c'est une structure qui pourrait suivre le patient. C'est clair et net qu'il y a des patients qui vont magasiner leurs médicaments en changeant de médecins. Nous sommes moins touchés comme médecins spécialistes par rapport à cet aspect, mais ça demeure néanmoins important pour connaître bien ce que le patient prend comme médicaments. Il y a des interférences qui pourraient être négatives. Alors, ça, c'est un premier point important, la carte à puce.

Maintenant, l'information «réseautage». Je pense que ce serait important qu'il y ait un réseau d'information et, nous, dans notre accord-cadre, on parle beaucoup de réseau, de départements au niveau tertiaire, qu'il s'agisse de chirurgie cardiaque, qu'il s'agisse de cardiologie tertiaire, de neurochirurgie. C'est très important que les choses soient faites aux bons endroits, c'est-à-dire qu'on puisse avoir un réseau de dispensation de soins au niveau tertiaire. Et là, évidemment, il faudrait qu'il y ait une informatisation, un partage, pour ne pas qu'on fasse des examens inutilement d'un centre à l'autre. Alors, ça, c'est un deuxième point qui est majeur.

• (12 h 20) •

Je demanderais au Dr Brazeau s'il a quelques commentaires, ou mes collègues, là-dessus.

M. Brazeau (Michel): On regarde, encore une fois, l'équation coût et résultante de l'utilisation des médicaments, par exemple. On fait référence aux coûts, par exemple, engendrés directement pour le gouvernement. On pourrait se référer également aux dépenses totales de médicaments prescrits au Québec, qui, selon nos données pour l'année 1995, sont de l'ordre de 1 500 000 000 \$. On pourrait regarder le coût des médicaments prescrits et non prescrits, qui, là, nous amène au-delà du 2 000 000 000 \$ et au-delà des sommes engagées pour les services médicaux. Ça, ce modèle-là, il est assez bien défini, globalement.

Mais vous recevez ce matin, par exemple, les omnipraticiens, dans une première séance; les médecins spécialistes, dans une deuxième. Quelle part des dépenses sont engagées par les omnipraticiens? Quelle part des dépenses sont engagées par les médecins spécialistes? On a posé la question à la Régie de l'assurance-maladie avant de venir vous rencontrer. On n'a pas trouvé réponse.

Mme Charest: Pourquoi?

M. Brazeau (Michel): On l'a posée à plusieurs autres endroits. Pourquoi?

Une voix: Ça n'existe pas.

M. Brazeau (Michel): Bien, tout simplement parce qu'elle n'est pas colligée.

Mme Charest: O.K.

M. Brazeau (Michel): La question de l'information et des données — je reviens à mon commentaire précédent — il y a tout un substratum technique qui est là, il y a ensuite la définition des informations qu'il faut aller chercher et, ensuite, il y a toute la problématique de comment recueillir cette information pour qu'elle soit valable.

Mme Charest: Alors, ce que vous nous dites — je m'excuse — c'est que la cueillette des données pertinentes à l'analyse globale de la problématique n'est pas complétée ou n'est pas instaurée au Québec et qu'il nous manque une banque de données, entre autres, essentielle et cela peut nous faire passer à côté de la question ou de l'évaluation judicieuse.

M. Brazeau (Michel): Je pense que nous sommes certainement en retard, comme plusieurs autres l'ont attesté, en ce qui concerne notre organisation de l'information. Il y a amplement d'instruments qui sont là et amplement de données, mais l'exploitation de ces données, c'est tout autre chose.

M. Gauthier (Pierre): Madame, vous touchez un point excessivement important. C'est qu'actuellement on a des données comptables puis c'est tout. On n'a rien

d'autre. On ne sait pas comment un service d'orthopédie coûte à Chicoutimi, on ne sait pas comment ça coûte à Notre-Dame, on n'a aucune donnée spécifique dans l'ensemble des soins. On a des données comptables. Une masse globale, on sait ça. On sait que vous avez des médicaments. Il y a une feuille ici, il y en a pour les cardiovasculaires, les anti-infectieux, et ainsi de suite. Mais on n'a jamais, sur le terrain, pu savoir comment ça coûte. C'est une chose importante, à mon avis. On a des aspects comptables, actuariels. Ça, on en a au bout, mais l'effet pratique de ce que ça peut donner, comment le faire sur le terrain...

Mme Charest: On n'a pas de données sur l'efficacité.

M. Gauthier (Pierre): L'efficacité, pas du tout, et je m'explique. On n'a aucune donnée du profil, mettons, d'un médecin qui travaillerait à l'intérieur d'un hôpital s'il n'y a pas d'informatique d'investie. Si le Dr Gauthier, ici, prescrit plus de médicaments qu'un autre, tout de suite, sur le terrain, on pourrait intervenir et agir. On n'a pas d'outils de travail là-dessus. On sait que l'informatique... On peut informatiser la fourniture, par exemple, pour sauver 10 000 \$ d'énergie par année. Mais un budget d'un petit hôpital, ce n'est pas loin de 1 000 000 \$, les médicaments, dans un petit hôpital régional. Alors, imaginez-vous dans un grand centre. Il faudrait intervenir déjà, avoir les outils nécessaires. C'est un exemple, ça, de gestion où tout est axé purement administratif, dépouillé de toutes les contingences de la chose. Les soldats qui sont sur le terrain, ça, on ne sait pas comment ça coûte. C'est assez bizarre, mais c'est comme ça.

Mme Charest: Je pense que c'est très pertinent, votre commentaire.

Le Président (M. Williams): Une dernière intervention.

Mme Charest: Oui, je termine en remarquant que votre mémoire, tout comme celui du groupe qui vous a précédés... Vous vous rejoignez sur deux choses: le guide de pratique, qui serait un outil de travail pour les médecins, qu'ils soient spécialistes ou omnis; et un dossier unique en termes d'information sur le dossier médical, sur le dossier de pharmacie, et tout ça. Je pense que, là-dessus, c'est des choses à retenir, à évaluer puis à explorer.

Je voudrais m'adresser au représentant des cardiologues. Tout le monde sait que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès au Québec et que, depuis très longtemps, il y a eu plein de choses qui ont été faites, mais que c'est encore, comment je dirais, la principale cause de décès. Je retiens de votre mémoire que vous nous avez passé, vos trois feuilles... Dans le fond, quand vous dites: Qu'est-ce qu'on peut faire pour mieux contrôler les coûts? vous proposez une approche

préventive. J'aimerais vous entendre plus là-dessus, parce qu'il me semble que c'est un élément qui n'est pas souvent mis de l'avant par plusieurs partenaires. On en parle comme d'un voeu pieux, mais, de façon concrète, c'est rare que les praticiens axent sur la prévention. Parce qu'on a toujours le dilemme entre le curatif et le préventif, et vous êtes surtout dans le curatif. Ça ne nie pas que vous jouez un rôle, quand même, dans le préventif et que vous l'avez toujours joué. J'aimerais que vous nous en parliez un peu plus.

M. Gleeton (Onil): Oui. D'abord, je trouve un petit peu osée votre question en disant qu'on ne s'occupe pas du préventif et plus du curatif. Qu'on soit cardiologue ou médecin, on est médecin en tout, et, à ce moment-là, tout ce qu'on vise, c'est la santé globale du patient. D'abord, quand je parle, à ce moment-là, des choses préventives, du domaine cardiovasculaire, entre autres — je parle des maladies coronariennes, je ne parle pas des maladies congénitales, parce qu'on a fait d'autres choses qui touchent la grande partie de nos patients — c'est qu'il y a des facteurs de risques bien connus. Quand je parle d'approche concertée, je parle de concertée de la première ligne, qui peut se faire par les médecins spécialistes mais surtout par les omnipraticiens ou tout organisme public ou parapublic, entre autres les infirmières...

Mme Charest: Le personnel infirmier aussi.

M. Gleeton (Onil): Pardon?

Mme Charest: Le personnel infirmier.

M. Gleeton (Onil): Bien sûr. Quand on parle du système de santé, je pense que ce serait absurde de parler juste des docteurs. Il faut parler, à ce moment-là, de tous les intervenants, et qui peuvent avoir un impact positif. C'est sûr qu'il est difficile de corriger des habitudes de vie. Il y a beaucoup de publicité, de tapage publicitaire. Est-ce qu'elle est bien ciblée, cette publicité-là? Et on sait que certaines régions sont plus «prévalantes» pour des maladies que d'autres, donc peut-être investir plus dans certaines régions. Par exemple, si on prend la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean où les gens ont plus de problèmes de cholestérol, si vous me permettez, il faudrait peut-être plus cibler ces populations-là que la région, exemple, de l'Estrie où, eux, c'est un autre problème de santé qui les touche. Donc, l'approche préventive, c'est par les intervenants de première ligne, les omnipraticiens, les infirmières et tout autre professionnel — ça peut être le pharmacien — et aussi par des messages publicitaires communautaires.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup.

M. Gauthier (Pierre): Si vous me permettez.

Le Président (M. Williams): Une dernière complémentaire.

M. Gauthier (Pierre): Nous nous impliquons énormément dans le sens que, tout récemment, nous avons une conférence de presse où il y avait une coalition de médecins qui dénonçaient vigoureusement le tabagisme. Alors, nous sommes sûrement préoccupés, d'emblée, par la prévention. La cigarette tue plus que le sida, les accidents d'automobile puis le cancer en même temps. Et là on tente, par toutes sortes de moyens... Je pense que la première chose, il faut envoyer un message clair, net et précis à l'intérieur de nos établissements hospitaliers: Arrêtez de fumer. Ça, c'est de la prévention. Souventefois, les conseils d'administration perdent des heures à trouver un fumoir, et ça coûte énormément cher pour avoir un fumoir efficace pour que la boucane n'aille pas, la fumée qui est nocive... Il y a des preuves maintenant qui disent qu'il y a des dérivés de la nicotine qui se retrouvent dans l'urine des enfants, des jeunes enfants de parents fumeurs. Alors, ça en est, ça, une prévention. Et ça engendre, la cigarette, des coûts énormes. Je ne veux pas être contre le... Ce n'est pas mon rôle. Mais, comme Fédération, comme groupement, comme médecins spécialistes, on s'est impliqués dans le processus de la prévention.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup, monsieur.

Mme Charest: Juste une dernière. C'est quoi la proportion des médecins qui fument encore dans votre...?

M. Gauthier (Pierre): Il n'y en a pas beaucoup. Ici, il n'y en a aucun.

Une voix: Il n'y en a pas ici.

M. Gauthier (Pierre): Non, pas ici, on ne les a pas amenés.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Williams): Merci. Merci beaucoup.

M. Gauthier (Pierre): On ne les sort pas, ceux-là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup, M. Gauthier, et félicitations pour le leadership dans les hôpitaux. Peut-être qu'on peut avoir le même leadership à l'Assemblée nationale, ici, mais on peut discuter de ça plus tard. Maintenant, je voudrais passer la parole à M. le député d'Argenteuil.

• (12 h 30) •

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Dr Gauthier, il me fait plaisir de vous accueillir ce matin et de revoir certains de mes confrères que j'ai côtoyés dans

ma vie antérieure. C'est avec grande joie que je vous retrouve. Nous recevions récemment un groupe de médecins, entre autres la Fédération des médecins résidents du Québec, dans une autre commission où nous traitons de l'équité salariale, et un des commentaires qui ont fait surface à ce moment-là, c'était l'incapacité de plus en plus marquée des médecins de diagnostiquer de façon appropriée les pathologies et de prescrire le traitement, avec l'âge. Et plus les médecins bougent dans l'âge, dans la cohorte, moins leurs diagnostics et leurs traitements étaient efficaces. Et on questionnait cette situation-là pour inciter les médecins à prendre leur retraite de façon précoce. Comme je suis contre la retraite obligatoire à 65 ans, je me suis questionné à trouver des mécanismes qui pourraient inciter les médecins à être plus performants. Malgré l'âge qui progresse, évidemment, l'intérêt et la capacité peuvent changer. Est-ce que, dans cette démarche, la Fédération des médecins spécialistes serait ouverte à une recertification éventuelle des médecins spécialistes — je ne sais pas, moi — à tous les 10 ans, pour s'assurer que leurs connaissances, soit par une formation médicale continue, mais on sait comme il y en a qui ne s'y attardent que très peu... Est-ce que ce serait quelque chose que la Fédération serait ouverte à envisager?

M. Gauthier (Pierre): Mais, vous savez, ça nous paraît un médicament qui peut avoir des effets pervers. Parce que se priver de personnes...

M. Beaudet: Il n'y a pas de médicament qui n'en a pas. Ha, ha, ha!

M. Gauthier (Pierre): C'est un effet pervers dans le sens suivant, je m'explique. Le vieillissement d'un médecin, dans le cadre de ses activités intrahospitalières, est toujours guidé par le Conseil des médecins et des dentistes qui voit à la pratique. Et, s'il n'accomplit pas sa tâche selon les normes et les règlements, en général ce dernier est très sévèrement jugé par ses pairs et il est retiré, si on veut, de son département ou service. Nous, nous avons mis sur pied, à la Fédération — et le docteur Brazeau, ici, pourra en parler — un service de formation médicale continue qui va être agréé incessamment par le Collège des médecins, et nous le faisons de façon très rigoureuse à travers toutes les associations médicales. C'est comme ça que la Fédération... Si vous prenez un pathologiste, ces gens travaillent... et on expertise à mesure qu'ils ont l'oeil le plus... Ce n'est pas facile en pathologie, il faut nuancer, il faut en avoir surtout beaucoup vu. Et c'est sûr que, dans certaines spécialités, l'âge de retraite va être plus prématuré, 60, 65 ans, et ces gens-là, d'habitude, se retirent spontanément. Et c'est pour ça que, dans son accord-cadre, la Fédération a mis de l'avant un plan de carrière; plan de carrière qui permet le rachat de pratiques des médecins qui ont un certain âge et qui, évidemment, peuvent avoir moins d'efficacité. Nous avons émis également la notion de demi-temps pour faire de la place aux jeunes et,

également, un niveau de plafonnement pour permettre de laisser de la place à d'autres pour accomplir des tâches. C'est dans ce contexte-là que, nous, on a mis de l'avant ces mesures, pour permettre aux médecins de garder la connaissance. Je serais étonné de croire que des personnes, à 55 ans ou 60 ans, ne peuvent plus accomplir et qu'elles sont diminuées intellectuellement. Je m'inscris en faux, nous nous inscrivons en faux contre cela. C'est sûr que certaines disciplines demandent des capacités physiques plus grandes et que le temps moyen de pratique est plus court. Mais nous favorisons d'emblée la formation continue à l'intérieur de nos organisations.

M. Beaudet: On a mentionné, tantôt, l'incapacité d'obtenir les informations. Et, à quelques reprises, vous mentionnez, dans votre document: Nous sommes à l'ère de l'information, mais nous ne le savons pas très exactement. Alors, malheureusement, il y a beaucoup d'information, mais on ne sait pas quoi faire avec parce qu'elle est mal colligée. On sait qu'actuellement la majorité des pharmacies au Québec sont déjà reliées par informatique avec la RAMQ, et, éventuellement, toutes les pharmacies le seront. Il sera possible, à ce moment-là, de colliger la bonne information et d'avoir exactement le mode de pratique ou de prescription de chaque médecin — et, ça, c'est déjà presque en place, et j'espère que ça répond un peu à la question de ma consœur tantôt — et on va pouvoir dire: Les omnipraticiens prescrivent pour tant, les médecins spécialistes prescrivent pour tant, au moins dans le réseau extérieur, non pas dans le réseau hospitalier — et dans le réseau hospitalier, ça peut se faire aussi — alors, on va y arriver.

Ceci dit, évidemment, il y a des coûts-bénéfices rattachés à tous les médicaments que l'on prescrit... pas à tous, mais à un certain nombre de médicaments que l'on prescrit. On nous mentionnait, ce matin, les hypolipémiants chez les personnes âgées, où on nous disait que ce n'est pas très utile. Par ailleurs, il y a une étude, qui sort des pays nordiques, qui nous dit que c'est très utile. Alors, quand le ministre regarde une situation comme ça, il dit: Est-ce que les hypolipémiants chez les gens de 75 ans, après pontage, on devrait en donner à tout le monde? Alors, l'étude, dans les pays nordiques, révèle que, oui, ces gens-là retournent moins fréquemment à l'hôpital et ont une meilleure qualité de vie après. Donc, il y a une économie s'ils ne retournent pas à l'hôpital. Alors, là, on rejoint ce que vous mentionniez tantôt, les coûts-bénéfices. Par ailleurs, il y a des études qui sont divergentes, qui disent non. Et, ça, ça s'applique à un médicament, mais on pourrait étendre ça. Il y en a, des médicaments coûts-bénéfices, tels que le Tagamet qui a eu des effets bénéfiques sur les ulcères d'estomac, c'en est un exemple frappant. Alors, les chirurgies pour ulcères d'estomac ont diminué de façon dramatique.

Est-ce qu'il y a d'autres mécanismes auxquels vous avez pu réfléchir sur le plan pratique, très pratique, où on pourrait économiser des sommes importantes dans les modes de prescription de médicaments, d'autres que ceux que vous nous mentionnez, qui sont peut-être

farfelus à première vue, mais qui pourraient être envisagés éventuellement?

M. Gauthier (Pierre): Bien, il y a sûrement le guide de pratique, qui est un élément. Ici, j'ai les références médicales opposables. C'est un produit français. Vu que c'est français, tout est négatif là-dedans. Ils disent comment ne pas faire; ils ne disent pas comment faire. Alors, ça, c'est une chose qui serait évidemment rapidement faisable aujourd'hui, d'avoir un guide de pratique qui indique clairement les médicaments dans tel genre de maladie et les effets secondaires — des fois, s'abstenir, c'est mieux — certains tests qui pourraient être faits dans certaines circonstances, ce que les patients représentent.

Moi, ce qui m'a frappé tantôt, les pharmacies de détail sont mieux équipées en informatique que plusieurs centres hospitaliers le sont actuellement pour pouvoir suivre les profils de pratique des médecins et du malade. Parce que, si l'information n'est pas là... Je pense que c'est une avenue qui me paraît majeure. Mes collègues, peut-être, ont d'autres suggestions.

M. Dugré (Yves): Disons, en rapport avec la prescription de médicaments, à l'hôpital, il existe déjà, dans la plupart des centres hospitaliers, des revues d'utilisation de médicaments, les comités RUM qui voient à la bonne prescription, disons, particulièrement à l'étude de nouvelles molécules. Ce phénomène n'existe pas actuellement, il est en train de s'instaurer un RUM ambulatoire, une revue d'utilisation des médicaments ambulatoires, avec la Régie et les fédérations. Je pense que cet outil va nous permettre de cibler davantage et d'y aller sur des points réellement précis, suite à votre demande, pour, une fois qu'on va avoir l'information, être capable de cibler davantage. Je pense que le RUM ambulatoire est un outil vraiment pertinent actuellement, mais il est à ses balbutiements, si on veut. Et, une fois que l'information et les pharmacies auront été toutes équipées, on va pouvoir agir vraiment et cibler notre action.

M. Beaudet: Une dernière question, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Dernière courte question.

M. Beaudet: On a soulevé ce matin, puis vous l'avez aussi soulevé, la carte à puce; bon, la carte à puce, qui a soulevé beaucoup d'espoir chez beaucoup de gens, soit les patients, soit les médecins, soit les gestionnaires. Il n'en reste pas moins que j'ai beaucoup de questions quant à la carte à puce, n'en serait-ce qu'à l'input, c'est-à-dire les personnes qui vont donner les informations dans la carte à puce, mais aussi à l'output, qui va avoir accès à la carte à puce. On a parlé ce matin de l'ambulancier; il y a le pharmacien; l'inhalothérapeute, lorsqu'il va suivre un malade, un pulmonaire chronique à

la maison, il faut qu'il ait accès à quelques informations; il y a le physiothérapeute, qui va lui donner les massages puis les vibrations pour l'aider à expectorer. Alors, il y a un paquet de monde qui va être impliqué là-dedans. Évidemment, on va avoir l'information quant à ses visites chez le médecin puis à ses prescriptions — le prescripteur mais aussi le médicament prescrit. Sauf que est-ce que ça ne soulève pas chez vous une inquiétude quant au maintien du secret professionnel qui devrait être quand même maintenu, le respect de la confidentialité chez le patient, son dossier médical, puis, là, tous ceux qui vont avoir accès et à l'input et à l'output?

M. Gauthier (Pierre): C'est une préoccupation majeure. Actuellement, la confidentialité est difficilement préservable à l'intérieur du réseau public. On est déjà inquiet sans qu'il y ait ça. Il faudra en priorité s'assurer de la confidentialité lors de l'utilisation. Ça, c'est majeur. Je pense que vous le soulignez. Et, c'est certain, déjà l'Internet, il n'y a pas de confidentialité. Alors, plus on va s'informatiser, c'est un aspect majeur qu'il faudra prendre en compte, pondérer, parce que, même vis-à-vis de l'efficacité ou de l'efficacé de ça, il faut regarder l'aspect humain qui est fondamental. Il ne faudrait pas que ce soit une information qui s'éparpille partout.

• (12 h 40) •

Le Président (M. Williams): Merci, Dr Gauthier. Je voudrais maintenant passer la parole à M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Merci, M. le Président. Alors, le député de Robert-Baldwin est le porte-parole officiel de l'opposition en question de santé, et je comprends qu'il vous ait posé, à vous et aux omnipraticiens, la même question. Je voudrais rappeler, pour les fins du *Journal des débats*, qu'il fonctionne un peu comme un anti-corps — et c'est normal — par rapport au pouvoir.

Mais je voudrais rappeler, pour les fins du commentaire du *Journal des débats*, que la commission Castonguay a tenu des audiences restreintes en vue d'établir des recommandations pour déposer son rapport et que, dans les audiences restreintes, la commission Castonguay a reçu le Collège des médecins. Donc, une commission restreinte, c'est une commission restreinte. C'est sûr qu'il aurait pu recevoir les éminents spécialistes que vous êtes, les éminents omnipraticiens aussi, mais il a donc, j'imagine, dû faire des choix — ce qui est toujours difficile, en politique comme dans les commissions — et il a entendu le Collège des médecins. Il va remettre bientôt son rapport, et il pourra éventuellement y avoir des audiences publiques. Alors, voilà pour les fins de la commission.

M. Gauthier (Pierre): Bien, je vous remercie de m'expliquer un peu qui était invité, je ne le savais pas. Le Collège des médecins, au contraire, c'est que les médecins spécialistes et les omnipraticiens forment le Collège des médecins. Ceci dit, ce n'est pas lui qui fait

la pratique sur le terrain; lui, il voit à protéger le public, c'est sa première mission.

Alors, dans la prestation des soins, le Collège des médecins voit à la qualité. C'est le vérificateur, c'est lui qui regarde. Mais ce n'est pas lui qui est le levier qui génère les actions, ce sont les membres de l'association. Et je trouve que, si le Collège des médecins a été invité, nous allons demander d'être reçus aussi, car il existe un regroupement auquel participent le Collège des médecins, les deux fédérations et la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, pour lequel nous avons une réunion le 18 mars. Alors, nous travaillons en collégialité ensemble et, tour à tour, nous sommes les présidents, et, actuellement, je suis le président du regroupement. On est contents que le Collège des médecins soit reçu, mais on ne croit pas que seul le Collège des médecins doit dire ce qui se pratique. Nous serions ravis de l'être, nous, avec le Collège des médecins.

M. Gaulin: Alors, je viens de vous donner un renseignement. De toute manière, comme le disait la députée de Rimouski, nous sommes là en tant que commission et nous avons une mission qui consiste à regarder la question des médicaments. Et, dans ce sens-là, je vais vous poser rapidement peut-être quatre questions. Je vais revenir à ce que vous demandait la députée de Blainville, les coûts. Alors, vous dites que vous connaissez assez bien les coûts quand il s'agit non pas de voir les coûts qui sont engendrés par les complications à la suite de la prise de médicaments, mais les coûts en général. Alors, ce que je voudrais savoir, c'est une curiosité statistique: Que coûte le cœur? Que coûte le cancer? Que coûte le sida? Est-ce que vous avez ça?

M. Gauthier (Pierre): J'ai une feuille ici, là...

M. Gaulin: Faire un tableau.

M. Gauthier (Pierre): Un tableau.

M. Gaulin: Est-ce que vous l'avez déposé à la commission?

Une voix: Non.

M. Gaulin: Non. Est-ce que ça peut être possible de l'avoir...

M. Brazeau (Michel): Oui.

M. Gaulin: ...éventuellement comme dépôt? Ça serait intéressant, M. le Président.

Document déposé

Le Président (M. Williams): Vous voulez déposer ça, Dr Gauthier?

M. Gauthier (Pierre): Absolument. Ici, ça indique, au Canada puis au Québec, le cardiovasculaire, les anti-infectieux — ça pourrait être intéressant — le cholestérol, les hormones, le cancer.

Le Président (M. Williams): Merci.

M. Gaulin: La deuxième question, le Dr Brazeau a parlé un petit peu dans ce sens-là, puis vous-même, M. le président, c'est la question rapport qualité-prix. C'est sûr que, tout à l'heure, on a donné un exemple extrême d'un médicament qui coûte 5,95 \$ et l'autre qui coûte 51,95 \$ ou 52,95 \$. Mais, dans certains cas, la nuance est beaucoup plus facile à faire, c'est-à-dire que ça peut varier de 1 \$, 2 \$ ou 3 \$. Est-ce qu'il y a vraiment, à ce moment-là... Parce que j'ai remarqué, dans les deux rapports, que le médecin tient au suivi de ses ordonnances. Mais on le sait que les pharmaciens ne réagissent pas de la même manière, hein, vous le savez fort bien aussi. Alors, dans le cas où le médicament suit de près, par rapport au prix, un médicament de prix légèrement inférieur, est-ce que vous maintenez ce que vous disiez tout à l'heure, par exemple, en ce qui concerne une complication rénale?

M. Gauthier (Pierre): Bien, c'est sûr qu'on va prendre le moins cher. Ça, c'est évident. Maintenant, je demanderais aux docteurs, parce qu'ils sont confrontés avec des médicaments qui sont dispendieux.

M. Gaulin: Dr Gleeton.

M. Gauthier (Pierre): Dr Gleeton et Dr Brazeau, par la suite.

M. Gleeton (Onil): Bon, il me fait plaisir de répondre à votre question, mais c'est sûr que je dois parler du domaine de la cardiologie, parce que je ne suis pas un néphrologue. Mais, quand même, mes connaissances médicales, peut-être, pourraient vous éclairer sur ce sujet.

Personnellement et l'Association des cardiologues du Québec, on n'a aucune objection que le pharmacien donne un générique moins dispendieux si la molécule comme telle est efficace. Cependant, je ne voudrais pas qu'il change la molécule. Ça, il faut que ça soit clair, parce que, si on va... Exemple, on parle des inhibiteurs d'enzymes de conversion pour les insuffisances cardiaques. Ces médicaments-là, maintenant — plusieurs études sont reconnues, je pourrais vous les fournir — sont plus dispendieux mais ont un effet à moyen et à long terme sur le coût du système de la santé. Exemple, un patient qui souffre d'insuffisance cardiaque, avec ces nouvelles molécules là, le taux de mortalité — c'est quand même impressionnant — peut diminuer de 20 % à 30 %, à un an et à deux ans. Et, également, on sait que, ces patients-là, leur qualité de vie est améliorée, c'est-à-dire qu'à ce moment-là ils sont moins souvent hospitalisés, ça peut diminuer jusqu'à

25 % à 30 % aussi. Donc, oui, pour moi, je n'ai pas d'objection — et l'Association — à donner des génériques. Cependant, il y a un brevet qui est là, vous le savez très bien, et qui protège les nouvelles molécules, à ce moment-là, pour 15 ans. Maintenant, est-ce que cette loi-là doit être maintenue? Ce n'est pas à moi à juger. Je pense que ce sera un débat plus public, à ce moment-là, et ce sera au niveau de nos administrateurs publics à prendre la décision.

Le Président (M. Williams): Troisième question, M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Troisième question. On a entendu tout à l'heure un médecin omnipraticien nous dire que c'est très difficile d'enlever la médication à quelqu'un quand il en a pris longtemps. Or, je viens de vous entendre dire, M. le président, qu'on devrait dire aux gens d'arrêter de fumer. Est-ce que vous ne croyez pas qu'il y a un rapport identique dans le fait d'enlever les médicaments à quelqu'un ou d'enlever la cigarette à quelqu'un? Et ma question est la suivante: Est-ce qu'il y a des médicaments pour arrêter de fumer?

M. Gauthier (Pierre): Il y a actuellement des médicaments pour tenter d'arrêter de fumer, c'est de la nicotine à dose décroissante, mais je n'en connais pas d'autres à part de...

M. Gaulin: Ou si c'est laissé aux charlatans?

M. Gauthier (Pierre): Le docteur cardiologue, ici, doit passer beaucoup de journées à conseiller à ses patients d'arrêter de fumer.

M. Gleeton (Onil): Dans le sens que... C'est sûr que, personnellement et, je pense, la plupart des médecins spécialistes, on essaie d'avoir une approche non pharmacologique, actuellement. C'est sûr que vous avez raison que des patients qui prennent des médicaments ont de la difficulté. C'est sûr que les médicaments, entre autres les tranquillisants, on sait qu'après quelques semaines on devient dépendant. Par contre, pour ce qui est du cardiovasculaire, il y a des molécules qui peuvent se retirer, sauf qu'il faut l'expliquer au patient, pourquoi on fait le changement. C'est sûr que, si le patient se dit bien, mais qu'on sait que cette molécule-là, si elle est poursuivie, pourrait avoir des effets néfastes à moyen terme, il faut lui expliquer. C'est sûr que, des fois, on est sceptique, à ce moment-là, parce que, lorsqu'on est bien, on ne projette pas nécessairement pour l'avenir, à un an ou deux ans. Sauf que c'est plus facile pour nous.

Pour la réponse du tabagisme, oui, il y a des médicaments qui sont dispendieux, malheureusement. Mais, encore une fois, les taux de succès de ces médicaments-là ne sont pas à 100 %. Ça varie entre 40 % et 50 % et il est nécessaire d'avoir un «counseling», si vous me permettez l'expression anglaise, autant de l'infirmière, que du médecin, que, même, de la famille

pour le stimuler à arrêter de fumer. C'est sûr qu'il n'y a pas de pilule miracle, malheureusement.

Le Président (M. Williams): Et votre dernière question, M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Oui, M. le Président.

M. Dugré (Yves): J'ai quelque chose à dire en rapport avec l'assertion comme quoi il est difficile d'arrêter de prendre des médicaments. J'y vois une allusion, par exemple, à la prescription d'anxiolytiques ou de tranquillisants. Nous n'avons pas l'Association des psychiatres avec nous, mais ils ont déjà soumis un mémoire sur les «malades sur pied» en rapport avec la prescription, et de là l'importance d'avoir la juste information sur la prescription de ces médicaments-là, le partage entre les médecins psychiatres, par exemple, et les omnipraticiens, dans ce type de médicaments. Et ils ont déjà fait des représentations que, avec le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation de ces patients-là, ça peut apparaître à certains qu'ils sont trop médicamentés et d'autres études vont montrer qu'ils sont probablement aussi sous-médamentés. Donc, je pense qu'il faut avoir plus d'informations à ce sujet-là.

• (12 h 50) •

M. Gaulin: Et ma quatrième question, M. le Président, concerne votre page 4. Vous allez comprendre pourquoi je vous la pose. Je suis député de Taschereau, c'est-à-dire du comté dans lequel nous sommes présentement. On a entendu ce matin le Dr Lafrenière nous dire qu'on venait de découvrir un médicament sur le cancer du sein à Laval, c'est-à-dire à Québec — quand on parle de Laval, c'est l'université, ici. Alors, à la page 4, en bas, vous avez fait une réflexion que je comprends relativement. Vous vous félicitez, au fond, de la concentration des ressources de l'industrie pharmaceutique dans la grande région de Montréal. On n'est pas dans un très grand pays, il n'est pas encore partitionné, on peut encore voyager de Montréal à Québec, de la capitale à Montréal, pourquoi est-ce que vous faites ce type de réflexion là? Je sais bien que ça avantage le député de Nelligan et le député de Robert-Baldwin. Mais est-ce qu'on peut concevoir que les médicaments pourraient être aussi, sans nuire à l'aspect scientifique de la recherche, dans la région de Québec ou même dans la région de Rimouski, dans la région du Lac-Saint-Jean, etc.

M. Gauthier (Pierre): Je vous remercie de votre commentaire, car, tout simplement, on voulait dire ce qui existait et non ce qui va devenir. Parce qu'on pourrait le changer, dans notre mémoire, ça réjouirait également... que cette concentration puisse se faire également dans la région de Québec. Parce qu'on ne veut pas minimiser l'apport... Je pourrais parler ici, pour vous rassurer davantage, du fait que Sherbrooke fait de la recherche, et c'est loin de nous. Ce que je veux dire, c'est que les produits pharmaceutiques, actuellement,

sont sur la Côte-de-Liesse, ils sont concentrés là. Ce n'est pas dans le sens négatif...

M. Gaulin: D'accord.

M. Gauthier (Pierre): ...et j'apprécie votre remarque, parce que ça amène une dimension où on devra peut-être modifier un petit peu notre... Parce que, même s'il y avait un ministre à Montréal, il faudrait... Alors, je comprends votre préoccupation. Quand on dit la concentration, c'est la ville de Québec, et Sherbrooke aussi.

Le Président (M. Williams): Merci, Dr Gauthier. S'il vous plaît, M. le député d'Argenteuil. Maintenant, je comprends pourquoi le député de Taschereau a demandé d'avoir quatre questions et pas trois. Effectivement... Avez-vous terminé Dr Gauthier?

M. Gauthier (Pierre): Oui.

Le Président (M. Williams): Je me suis mis moi-même sur la liste. Avec ça, il me semble que c'est le bon moment de demander ma question. Et, actuellement, c'est sur le même sujet. Je trouve ça intéressant que le député de Taschereau ait soulevé l'importance du travail de l'Université Laval, du Dr Labrie, spécifiquement, l'ancien président du Fonds de la recherche en santé du Québec. Et ça ne me dérange pas que ce soit quelque chose que nous avons découvert ici, à Québec, et pas nécessairement chez moi, dans l'ouest de l'île de Montréal. Parce qu'on peut tout gagner avec des études comme ça et des produits comme ça.

Mais vous avez mentionné, M. le Dr Gauthier, dans le même paragraphe, effectivement, la synergie, le dynamisme et la réalisation de la communauté scientifique québécoise. Je pense, un chiffre pas mal bien connu, que l'industrie pharmaceutique dépense plus ou moins 18 % de ses ventes ici, au Québec; dans la recherche et le développement, il y a plus ou moins 45 % des dépenses pancanadiennes qui sont dispensées au Québec, plus ou moins.

Mais ma question est plus générale. Est-ce qu'ici, au Québec, on privilégie assez la recherche? Est-ce que l'État privilégie ça? Est-ce que le gouvernement... Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on peut faire, en consultation avec l'industrie ou nous-mêmes, pour privilégier la recherche? Parce qu'il me semble que, selon vos interventions, et particulièrement celle de l'Association des cardiologues, vous avez parlé des médicaments... des innovateurs qui prennent le temps d'étudier. Ça prend du temps, d'avoir ces médicaments sur le marché. Nous avons, dans nos politiques pancanadiennes, une loi qui protège les brevets pour 20 ans. Nous avons notre propre système, au Québec, qui protège pour 15 ans au-dessus le prix le plus bas. Est-ce que nous avons une politique assez bien fondée au Québec pour encourager la recherche dans ce secteur ou est-ce que vous pensez qu'on peut faire plus pour encourager la recherche?

M. Gauthier (Pierre): Ce que nous voulons illustrer, ici, M. le Président, c'est que c'est clair et net que l'apport des compagnies pharmaceutiques établies au Québec est majeur, car il y a de la recherche qui coûte énormément cher et qui crée de l'emploi. Je pense que c'est très important, quand on parle de médicaments que... C'est bien sûr que les génériques peuvent coûter moins cher à court terme, mais, à long terme, ça ne produit absolument rien, ça ne génère absolument rien, ça ne fait aucune recherche. Et je pense que — ça ne nous appartient pas à nous, mais, cet aspect-là, on veut le souligner dans notre mémoire — c'est très important pour l'économie québécoise. Parce que, même ce qui se passe à Québec ou à Sherbrooke ou à Montréal, au niveau universitaire, il y a toujours, ici, ce qu'on dit, un additif, une synergie. Et ça crée des emplois de haut calibre, c'est-à-dire qui sortent des universités, et ça génère des sous, je pense, énormément. C'est ce qu'on voulait indiquer ici, cet effet de synergie, et que ça nous paraissait un apport majeur au Québec.

C'est pour ça qu'il faudra faire attention, lorsqu'on procédera à établir une réglementation, de se préoccuper des bons effets sur le plan économique, pour pouvoir engendrer au maximum. Parce qu'un bon médicament, une bonne molécule, c'est le meilleur traitement précoce. Quand on traite bien quelqu'un et qu'on est capable de le guérir, ça devient une prévention, parce que, s'il n'y a pas de récurrence, on va prévenir des réhospitalisations. Alors, c'est dans ce contexte-là que, pour le Québec, ça nous paraît important de bien harmoniser toute cette démarche des médicaments avec ce qui existe comme industrie pharmaceutique, surtout que le public, actuellement, manque d'argent. On coupe dans les universités, on va couper dans tous les autres domaines. Alors, finalement, ce n'est pas à nous de décider. Mais on veut relever que l'apport du privé dans le domaine de la santé, ça sera peut-être difficile à éviter un jour. On va devoir redéfinir le panier de services, comme on devra peut-être redéfinir quels sont les médicaments qui seront assurés aux patients. Ça répond à votre question?

Le Président (M. Williams): Oui, jusqu'à un certain point. Parce qu'il me semble que, si on peut découvrir les molécules ici qui peuvent mieux servir les citoyens québécois, tout le monde peut sortir gagnant. C'est jusqu'à quel prix qu'on peut payer? Comment on peut privilégier? Et, à mon sens, on doit aller plus dans cette direction d'encourager la recherche, et je pense que vous avez bel et bien répondu à ma question. Je ne veux pas prendre trop de temps parce que le temps achève et que j'ai plusieurs personnes qui m'ont demandé la parole.

M. Gauthier (Pierre): Je n'ai pas les statistiques, mais vous avez tout à fait raison, là, de dire — moi, je n'ai pas les chiffres au moment où vous nous parlez — qu'on n'est pas un des pays, je pense, qui investit le plus dans la recherche. Et, ça, je ne sais pas si mon collègue, ici... Mais, ça, c'est clair et net que

c'est un autre investissement. Quand on dit qu'il faut investir quelque chose, peut-être que, si on recherchait plus au Québec, ça nous apporterait peut-être, à moyen et long terme, de plus grands avantages. Et là je ne sais pas le pourcentage, mais je ne crois pas qu'on mette beaucoup d'argent, si on se compare avec d'autres pays européens. Je ne sais pas, Dr Brazeau, si vous avez des chiffres là-dessus?

M. Brazeau (Michel): Très succinctement, je pense qu'on peut toujours privilégier encore plus la recherche. En ce qui concerne notre engagement présent, au Québec et au Canada, en cette orientation-là, je ne crois pas que ce soit suffisant, et on peut certainement faire mieux qu'on ne le fait présentement. Heureusement, je dirais que plusieurs de nos médecins, de nos scientifiques compétitionnent non seulement pour les fonds bien organisés qui sont accessibles à travers le Québec, mais pour des fonds, également, extérieurs au Québec et même extérieurs au Canada. Mais on pourrait faire plus. Ça, c'est clair.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Dans le même ordre d'idées, monsieur, vous faites référence au panier de services qui pourrait être réduit. Vous insistez beaucoup sur la participation de tous à la réduction des coûts. Mais, à part les consommateurs, qui, selon vous, devrait participer à cet effort collectif sur la réduction des coûts?

M. Gauthier (Pierre): Parlez-vous du panier de services ou si vous parlez...

Mme Charest: Non, de l'ensemble des coûts. Vous insistez...

M. Gauthier (Pierre): Des coûts de santé...

Mme Charest: ...beaucoup pour dire que tout le monde doit participer, que tous doivent participer...

M. Gauthier (Pierre): ...sur l'efficacité? Absolument, bien il y a beaucoup de choses qui pourraient être faites du côté... Ce n'est pas des médicaments seulement, là.

Mme Charest: Mais qui sont...

M. Gauthier (Pierre): C'est sur l'ensemble que vous me questionnez?

Mme Charest: Oui.

M. Gauthier (Pierre): Ah! la première chose qu'il va falloir, c'est regarder fondamentalement les coûts de l'administration de la santé. Ça coûte énormément cher. On n'a pas diminué les coûts; on a fait seulement ajouter

certaines structures. Il y a un ajout de personnel, et, à l'intérieur des hôpitaux, c'est très lourd, comme mécanisme. Il y aura certainement, de ce côté-là... et, nous, on s'appliquera à déposer quelque chose à quelque part. Et ceci n'est pas dit négativement, parce qu'on coupe dans le personnel infirmier, on coupe partout, partout, partout. Mais il va falloir regarder dans l'ensemble, aussi, également. Quand on dit que tout le monde va participer, bien, c'est à tous les niveaux. Là-dessus, on est très, très préoccupés, et on en parle souvent et les associations nous en parlent souvent.

Mme Charest: Là, vous me parlez des partenaires gouvernementaux, mais il n'y en a pas d'autres, partenaires, là, qui pourraient participer?

M. Gauthier (Pierre): Non, je parle du gouvernement lui-même, je parle des choses qui sont proches. On parle des structures qui ont été mises sur pied par le gouvernement. On n'est pas contre, mais — si je fais une référence très rapide — en Ontario, ils ont huit régions régionales; nous autres, on en a 17. C'est des choses comme ça qu'il va falloir, à un moment donné, s'appliquer à regarder. Parce que, là, on parle des médecins tout le temps. Et j'ai déjà assisté, en 1994, à une réunion à quelque part, au Château Frontenac, où on accusait les médecins de tous les maux de la terre, même on accusait le gars d'avoir inventé la pénicilline. Bien, il va falloir se retourner un petit peu de l'autre côté et regarder.

Mme Charest: Ha, ha, ha! Vous n'êtes pas habitués...

• (13 heures) •

M. Gauthier (Pierre): C'est sûr qu'on accepte, ici, volontiers de dire qu'on peut faire quelque chose, qu'on peut améliorer la situation, on le dit positivement, mais il faudra que cela soit accompagné d'autres sortes d'ingrédients également, que cette démarche-là se fasse en parallèle et qu'on suive tous en même temps, parce qu'on a créé beaucoup, beaucoup de structures puis beaucoup de réglementation.

Mme Charest: O.K., rapidement. L'Association des cardiologues, vous invoquez, dans votre mémoire, des coûts élevés pour la mise en marché des médicaments. Moi, je me demande si c'est nécessaire, vraiment, quand ce sont surtout des médicaments sur lesquels les cardiologues, en principe, sont à jour dans leurs connaissances, de refiler une facture de coûts pour la mise en marché des médicaments. Puis est-ce que, cette facture-là, elle n'est pas refilée à d'autres payeurs, des tiers payeurs, que ce soit le consommateur ou le gouvernement, par la liste de médicaments qu'ils paient? Et, en dernier lieu, est-ce que l'éducation comme telle du public, ça ne doit pas revenir avant tout aux professionnels de la santé parce que, eux, ils ont une connaissance quand même pointue par rapport à la question des médicaments?

M. Gleeton (Onil): Pour répondre à une de vos questions, la première, oui, c'est dispendieux... une nouvelle molécule. Comme vous le savez sûrement, avant qu'une nouvelle molécule soit mise sur le marché, elle doit passer par plusieurs étapes: par la recherche fondamentale au laboratoire jusqu'au niveau des phases cliniques. Pour employer le jargon médical, on passe par la phase I, phase II, phase III, phase IV; et phase III, phase IV, c'est des études cliniques. Et, comme vous le savez, les mécanismes au Canada et autant aux États-Unis — on parle de la Food and Drug et aussi de la DGPS, ici — exigent, à ce moment-là, la sécurité, d'abord, du médicament et ensuite son efficacité, et par rapport à d'autres molécules. Et tout ça, malheureusement, coûte excessivement cher, et je ne pense pas que ça coûte plus cher au Canada ou au Québec pour faire de nouvelles molécules que du côté américain.

Maintenant, pour ce qui est de la facture, malheureusement, vous avez raison, et c'est comme dans tout l'organigramme de la société, c'est le citoyen qui paie la facture, peu importe qu'on soit le gouvernement, qu'on soit médecin, qu'on soit autre chose, et il va toujours y avoir un coût. Maintenant, il y a sûrement des moyens — et je n'ai pas de réponse claire à vous donner — pour essayer de rationaliser les coûts. Est-ce qu'on devrait être moins exigeant pour les études cliniques? Je ne pense pas. Il faut être rigoureux. Avant tout, il faut s'assurer de la sécurité du médicament parce que ça touche des humains. Et je pense que, si ces politiques-là ont été émises par d'autres personnes avant nous... Je pense que ce qui a fait que le taux de mortalité, par la maladie coronarienne entre autres, a diminué — c'est sûr que les facteurs de risque ont joué — en Amérique du Nord, c'est un de ces mécanismes-là. C'est sûr que, à part les molécules, il faut penser aussi aux actes cliniques que les médecins ont faits, à ce moment-là, et aussi au point de vue chirurgical. La chirurgie cardiaque, il y a eu des améliorations au niveau des techniques. C'est un bloc en soi. Mais, pour revenir aux coûts, je n'ai malheureusement pas la réponse à comment on peut les diminuer.

Le Président (M. Williams): Est-ce que je peux passer maintenant... Parce qu'il y a trois personnes qui attendent, et il ne reste pas beaucoup de temps. Je voudrais passer la parole à M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Merci, messieurs. À la page 3 de votre mémoire, au premier paragraphe, une phrase: «À une époque où nous sommes obsédés par nos dettes et nos économies personnelles, par les dettes de nos gouvernements, leurs interventions dans les détails mêmes de nos vies personnelle et professionnelle, l'image très précise que nous avons de la spirale des coûts pour les services de santé et pour les médicaments nous incite à intervenir vigoureusement, à corriger le tir». Est-ce que, selon vous, l'État québécois consacre un pourcentage approprié de nos ressources au

coût des médicaments par le biais de notre programme d'assurance-médicaments pour les deux catégories de personnes ciblées? Est-ce qu'il y a un problème de coût, selon vous, associé avec notre programme de médicaments assurés? Est-ce qu'il faut vraiment corriger le tir? Parce que j'ai un peu l'impression, à travers votre mémoire, qu'on parle beaucoup de coûts, mais est-ce qu'on a assez évalué les bénéfices? Puis c'est peut-être moi qui ai la mauvaise lecture de votre mémoire, mais j'ai un peu l'impression que vous dites de mettre un bémol là-dessus, un peu, là: Respirez par le nez, évaluez les bénéfices, on ne paie pas trop cher, on ne consacre pas trop... Est-ce que c'est moi qui ai mal compris?

M. Gauthier (Pierre): Non, vous lisez bien, en tout cas. Je vais demander au Dr Brazeau de...

M. Brazeau (Michel): J'aurais deux commentaires, moi, en réponse. Je ne sais pas si je vais répondre à votre question, mais le sens, je pense, de nos propos est, d'une part, que l'on connaît très bien les sommes que l'on dépense mais que ce n'est pas très clair, ce que l'on achète comme produit, et, ça, il ne faut pas s'en étonner. Dans le domaine de la médecine, il ne faudrait pas commencer à croire que la médecine peut offrir un produit comme un téléphone à acheter, qu'on travaille dans un système hautement standardisé pour la production de biens. Je pense que je n'ai pas besoin d'élaborer là-dessus. C'est clair pour vous également que, quand on travaille dans le contexte de l'être humain, on travaille dans un contexte hautement variable.

Deuxième commentaire, c'est que je ne crois pas qu'on puisse tenter de répondre à votre question, à savoir si c'est un montant approprié. On ne peut pas répondre à cette question-là au nom de la profession médicale et on ne peut pas répondre à cette question-là au nom de la Fédération des médecins spécialistes. Si on faisait la discussion entre nous, je ne serais pas étonné qu'on arrive à des avis un petit peu différents, et, si vous demandiez aux 7 500 médecins spécialistes, je suis à peu près certain qu'on arriverait à plusieurs avis différents. Je ne crois pas que c'est une question à laquelle on cherche réponse, chez les médecins. Chez les médecins, on pourra toujours vous dire qu'on ne croit pas qu'on ait toujours à notre disposition tous les moyens pour faire tout ce qui est nécessaire pour chacun de nos malades.

M. Copeman: Je pense que le président du Conseil du trésor cherche une réponse à ça, en tout cas, mais on verra à un moment donné...

M. Gauthier (Pierre): C'est qu'il reste néanmoins que ce qui nous préoccupe, c'est les coûts d'augmentation. C'est ça, évidemment, qu'il faut analyser, regarder. Alors, il y aura des choix à faire parmi tous ces coûts-là, parce qu'il y a tout de suite des choses, là... On parle de la pertinence. On est prêt, on est ouvert à discuter de la pertinence à certains égards. Alors,

c'est ça. Il faudrait faire une étude plus précise sur votre question, mais, le coût, ça nous préoccupe, ça, dans le mémoire, là...

Le Président (M. Williams): Merci, M. Gauthier. Maintenant, je passe la parole à Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Oui, bonjour, messieurs.

Une voix: Bonjour.

Mme Leduc: Ça me fait plaisir de vous voir ce matin. On dit communément que la profession médicale se féminise, mais les présentations qu'on a eues ce matin n'ont pas corroboré ce fait, en tout cas, qu'on dit.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Leduc: Mais, ça, c'est à part, là. Moi, je voulais en revenir quand même à une question...

Une voix: Ha, ha, ha!

Mme Leduc: ...qui fait suite un peu à la question de mon collègue d'Argenteuil où il vous parlait — vous avez parlé aussi de formation continue, Dr Brazeau, vous êtes responsable de la formation continue des omnipraticiens — qui vous demandait votre opinion sur une recertification des médecins, ou des spécialistes quant à vous mais ça pourrait être aussi vis-à-vis des omnipraticiens, et vous n'avez pas donné une réponse nécessairement favorable à cette suggestion. Vous avez dit que vous mettiez en place des programmes de formation continue. Les omnipraticiens nous ont dit qu'ils offraient beaucoup de programmes de formation continue, qu'il y avait environ 300 à 500 médecins qui s'y inscrivaient. Mais, moi, je pense que c'est quand même un sujet assez important par rapport à la pratique médicale, mais aussi par rapport au sujet qui nous concerne ce matin, qui est les médicaments, la prescription des médicaments. Et on sait que toute la profession médicale évolue rapidement, les médicaments, entre autres, aussi.

Quelle serait, à ce moment-là, votre opinion, si vous n'êtes pas d'accord avec une certification, sur le fait d'une obligation de formation? Parce que vous offrez des services. On sait que, les humains étant des êtres d'habitudes, les 300 à 500 médecins qui participent peuvent être toujours les mêmes. Alors, ceux-là sont bien au fait, mais les autres qui n'ont pas l'habitude d'aller à ces formations-là, est-ce que vous auriez des mécanismes pour faire que la formation continue s'étende à l'ensemble de la profession? J'aimerais ça vous entendre, voir si vous avez quelques suggestions à cet égard.

M. Brazeau (Michel): Madame, j'aimerais ça commencer par vous entretenir très longuement sur les très grands bénéfices que nous attendons de la féminisation

de la médecine, en termes de formation médicale continue.

Mme Leduc: Ha, ha, ha!

M. Brazeau (Michel): On pourra peut-être traiter de cette question-là à un autre moment, mais c'est un des éléments, c'est un des impacts majeurs que l'on attend pour, en fait, améliorer cette formation continue.

Pour répondre à la question qui a été posée sur la recertification, dans un premier temps, elle a été posée à savoir si nous avions l'ouverture nécessaire pour examiner cette possibilité. Je dois vous dire que nous avons l'ouverture nécessaire et qu'en fait c'est une question qui est débattue à l'intérieur de notre conseil de formation médicale continue à la Fédération des médecins spécialistes, et ce n'est pas nouveau. C'est débattu au sein de notre comité d'organisation qui est le comité exécutif de ce groupe-là, et je dois vous dire que nous en venons toujours, encore aujourd'hui, à la conclusion que, si nous demeurons ouverts à cette approche, nous ne croyons pas que ce soit la meilleure. Nous croyons qu'il y a beaucoup d'autres approches à privilégier, et, en réalité, nous croyons toujours très profondément aux effets bénéfiques de l'éducation.

• (13 h 10) •

Il a été reconnu que notre façon de faire l'enseignement continu, dans le domaine de la médecine, pouvait maintenant être considérablement améliorée. La recherche est en train de nous donner les moyens d'y arriver. Les lignes directrices seront probablement mieux exploitées à cause de ça, mais certainement que l'éducation est l'approche que nous privilégions et sur laquelle nous comptons développer à l'avenir.

Est-ce qu'il devrait y avoir une obligation? Madame, je vous répondrais qu'il y a déjà une obligation et que, cette obligation, elle est ressentie et vécue par les médecins, de voir à leur formation continue tout au long de leur vie. Ils ne sont pas tous parfaits, ils ne le font pas tous au même degré, mais je vous dirais que, d'une façon très générale, cette responsabilité, elle est pressentie et elle est, à toutes fins utiles, mise en pratique également.

Est-ce qu'on devrait pouvoir faire mieux? Est-ce qu'on devrait adopter les systèmes qui ont été adoptés ailleurs, comme, en fait, les crédits pour la participation à des activités éducatives? En réalité, ce genre d'approche paraît parfois magique. Un regard attentif sur ses résultats, cependant, est généralement très révélateur. Ces approches ne donnent pas toujours ce qui est attendu d'elles. Et, présentement, on compte développer, en travail avec les omnipraticiens, avec nos collègues un peu partout dans le monde occidental, de meilleurs moyens pour s'assurer que le médecin verra à sa formation continue.

Là où la féminisation nous aidera, c'est que la femme médecin, elle, n'est pas satisfaite du tout de nos façons conventionnelles d'éduquer. Le congrès ne répond pas à ses besoins. Elle a d'autres charges plus

lourdes, sur le plan familial, encore que les hommes médecins, et elle cherche d'autres moyens. C'est elle qui nous ouvre la porte, présentement, à l'auto-apprentissage, à l'exploitation de ces nouveaux moyens d'information et de communication qui nous permettront d'aller plus loin. On regarde, nous autres, l'avenir avec beaucoup de confiance et on le regarde avec beaucoup d'enthousiasme et on croit que la féminisation va nous amener dans ce qui sera la réponse: de bien meilleurs moyens d'informer, de communiquer avec des instruments d'auto-apprentissage.

Le Président (M. Williams): Un court commentaire. Après ça, je vais passer pour une dernière courte question.

M. Gauthier (Pierre): Trente secondes, madame, pour vous rassurer, pour vous dire que le Québec, c'est l'endroit où les médecins sont le plus évalués au monde, au Canada. Un collège des médecins, en France, ça n'existe pas. Ça n'existe pas en Ontario. Ça existe seulement au Québec. Des conseils des médecins et dentistes qui font l'évaluation intra-hospitalière, ça n'existe nulle part au monde, c'est seulement au Québec. C'est probablement la profession qui est la plus scrutée, étudiée, évaluée et à reconsidérer. Ça fait que, déjà, on a une formation, on a déjà des pairs qui nous jugent, et nous sommes... Je voudrais vous rassurer là-dessus, il y a un contrôle marqué.

Le Président (M. Williams): Merci pour cet ajout, Dr Gauthier, et je passe la parole au député de Robert-Baldwin pour une courte question.

M. Marsan: Oui, rapidement. Puis j'aurais une suggestion après, puis ça terminerait, M. le Président. Quand vous nous parlez de quelques règles fondamentales qui doivent être respectées, vous nous en énumérez cinq; je m'attarderai aux deux premières. D'abord, vous mentionnez que la vitesse s'allie rarement à l'efficacité. Nous, on souligne depuis fort longtemps que, pour tout ce qui arrive actuellement, on va un peu trop vite, là, on ne donne pas le temps aux patients de récupérer, puis à l'ensemble des gens du réseau. Et le point n° 2, on dit: «Le réseau se procurera les instruments nécessaires pour accomplir cette tâche». Dans votre entendement — et c'est le mien, en tout cas, ou corrigez-moi — eh bien, on est en train de fermer des lits soins aigus, vous le savez, des hôpitaux dans certains cas, et le programme d'assurance-médicaments n'est pas en place; pour le service de maintien à domicile, les investissements n'ont pas été faits; on a des difficultés avec le programme de redéploiement. Est-ce que c'est ça que vous voulez dire à ce moment-ci?

M. Gauthier (Pierre): Bien, il faudrait y aller avec une concordance de l'un par rapport à l'autre, parce que la préoccupation, c'est le virage ambulatoire. Actuellement, on n'a aucun outil pour «monitoriser» ce

qui va se passer à partir du virage ambulatoire. Ça a été peut-être un peu vite, alors il ne faudrait pas se précipiter.

M. Marsan: O.K. Et la suggestion, M. le Président. Tantôt, on nous a informés — et j'apprécie l'information — qu'il y avait une liste restreinte pour laquelle le comité Castonguay pouvait recevoir des gens. On nous a dit que la Corporation des médecins était inscrite. Est-ce que ça serait possible, toujours dans un souci de transparence, de demander au député de Taschereau de nous donner toute la liste des gens qui ont été consultés sur cette liste restreinte? C'est fini, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup, M. le député, pour votre suggestion. Je voudrais aussi dire un grand merci à la Fédération des médecins spécialistes du Québec, au Dr Gauthier, au Dr Dugré, au Dr Provost, au Dr Brazeau et au Dr Gleaton, pour leur participation à notre consultation publique aujourd'hui. Maintenant, je vais suspendre le travail jusqu'à 15 heures. Merci beaucoup pour votre présentation.

(Suspension de la séance à 13 h 16)

(Reprise à 15 h 10)

La Présidente (Mme Leduc): À l'ordre! J'inviterais les parlementaires à rejoindre leurs sièges. J'inviterais l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à prendre place, s'il vous plaît.

Alors, bonjour, Mme Desrosiers. Ça me fait plaisir de vous accueillir à la commission parlementaire des affaires sociales. Si vous voulez nous présenter les personnes qui forment la délégation qui vous accompagne, s'il vous plaît.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, merci, Mme la Présidente. Alors, je suis accompagnée — je vais commencer par l'extrême gauche — par Mme Marie-Josée Paquin, qui est infirmière consultante dans le domaine du VIH, sida et toxicomanie à l'Hôtel-Dieu de Montréal; de Mme Pauline Garon, qui est infirmière à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Gaspésie; de Mme Francine Nadon, qui est infirmière clinicienne en psychiatrie au centre hospitalier Douglas de Montréal; à l'extrême droite, Mme France Gareau, qui est directrice adjointe à la direction des services ambulatoires à l'hôpital Sainte-Justine, infirmière également; et, à ma droite immédiate, de Mme Marie Valois, qui est conseillère sur les questions à caractère plus économique à l'Ordre des infirmières.

La Présidente (Mme Leduc): Bon, alors, vous avez une 1 h 30 min de présentation qui se sépare

comme ceci, qui se répartit comme ceci: 20 minutes pour votre présentation et 70 minutes pour les échanges avec les membres de la commission, en alternance du côté ministériel et du côté des porte-parole de l'opposition.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Merci, Mme la Présidente. Alors, j'en profite pour remercier la commission pour nous avoir invitées à exprimer le point de vue de la profession sur cette problématique importante qui est la consommation des médicaments. Alors, je vous rappelle que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est un organisme qui réglemente la pratique de 67 000 infirmières. Nous sommes particulièrement préoccupées par la qualité des soins et services, la protection du public. Toute la dimension de la consommation des médicaments est quand même importante, tant sur le plan des coûts que sur le plan des éléments d'efficacité et, également, des dimensions d'équité quant à la possibilité de recevoir des services adéquats.

Alors, nous avons pris connaissance du document de consultation et, effectivement, nous nous sommes penchées sur la problématique. Je pense qu'elle était déjà très bien documentée, mais le document de consultation faisait bien ressortir le fait qu'il y a, d'abord et avant tout, une population qui est essentiellement, d'abord, en bonne santé, pour laquelle il y aurait probablement une consommation abusive de médicaments. Et il y a également toute la problématique des soins curatifs et spécialisés pour ceux qui en ont vraiment besoin. On parle de personnes atteintes de cancer, de maladie psychiatrique, de tuberculose, de fibrose kystique, enfin, je ne les énumérerai pas toutes. Il y a également tous ceux qui sont atteints du sida, pour lesquels il y a une problématique tout à fait particulière. Donc, ces clientèles-là doivent pouvoir bénéficier des progrès technologiques, et ça inclut une médication adéquate.

Quant à l'utilisation abusive de médicaments, ça concerne tant la population dite en bonne santé que la population qui gravite dans nos établissements. Les effets abusifs de certaines médications ont été bien documentés, qu'on pense à certains tranquillisants: le Valium, le Tagamet, le Naprosyn. On pourra y revenir tantôt, mais il est connu que les consommateurs dépensent des centaines de millions de dollars pour des médicaments qui ne sont pas utilisés toujours de façon adéquate et qui, effectivement, peuvent causer des hospitalisations. Vous avez eu l'occasion, je pense, dans le document de consultation, de prendre connaissance des rapports de l'Université McGill, qui mettaient en relief qu'environ 52 % des personnes âgées se sont vu prescrire des médicaments à risque élevé et que 45,6 % d'autres ont reçu au moins une prescription douteuse.

Alors, à ce stade-ci, je dirais que la polymédication fréquente, tout l'aspect des interactions médicamenteuses, l'intolérance marquée et la plus grande sensibilité que les personnes âgées ont à toute la médication, ça nous préoccupe au plus haut point. On pense que la

commission devrait tenir compte des prescripteurs, qui sont principalement les médecins, des pharmaciens qui ont un rôle de consultation important. Il y a toute la dimension des coûts, mais je pense que la dimension du consommateur, en fait, de la clientèle, les infirmières, on joue un rôle de premier plan là-dessus, parce qu'on est en lien direct et étroit avec la clientèle. On pense qu'on doit faire partie d'une stratégie nationale d'une meilleure utilisation des médicaments, et le rôle des infirmières dans l'équipe multidisciplinaire devrait davantage être valorisé à cet effet-là.

Alors, allons tout de suite sur le plan des mesures. Concernant les mesures institutionnelles, on pense que les organisations, la façon dont les services sont organisés dans les établissements de santé et l'organisation du système de santé en général conditionnent beaucoup la consommation de médicaments et les pratiques cliniques. Alors, il faut présentement mettre de l'avant des approches qui assurent une meilleure prise en charge des clientèles.

Alors, depuis quelques années, dans les établissements, les infirmières ont commencé à mettre de l'avant ce qu'on appelle le suivi systématique de clientèles, qui s'inspire du «case management». Ça permet de mettre en lumière le profil des médicaments consommés dans le cadre d'un protocole thérapeutique et ça permet d'améliorer les résultats cliniques tout en minimisant les temps de séjour et l'utilisation de la plateforme technologique. Nous avons pu recenser des expériences mises de l'avant par des infirmières cliniciennes qui ont réussi à réduire jusqu'à 40 % du temps de séjour. Vous savez comme moi que la réduction du temps de séjour a une influence également sur une consommation non abusive des médicaments.

De façon générale, on pense que le suivi systématique de clientèles peut apporter des gains importants. À la période de questions, madame, ici, à ma gauche, Mme Francine Nadon, qui est clinicienne dans le domaine de la santé mentale, pourra vous faire valoir un certain nombre d'expériences pratiques qui sont fort probantes du côté de la consommation des psychotropes ou des clientèles lourdes en psychiatrie qui bénéficient largement du suivi systématique. Pourquoi prend-on la peine de le noter? C'est que ce ne sont pas nécessairement des expériences qui sont encouragées dans le système. Donc, peut-être qu'il faudrait y voir un certain mérite.

Présentement, le système de santé cherche à se redéployer, une réforme importante est en cours et on cherche à aller vers ce qu'on appelle les soins spécialisés ambulatoires. Vous avez probablement tous entendu parler de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile. Le virage ambulatoire va aller au-delà de ça en préconisant le développement de soins très spécialisés pour les insuffisants rénaux. Il y a toute la dimension des soins palliatifs, l'alimentation entérale ou para-entérale à domicile. Et toutes ces solutions de rechange à l'hospitalisation mettent en cause, habituellement, la consommation de certains médicaments. Présentement, il y a un anachro-

nisme dans la façon d'aborder la problématique de la contribution financière des patients, parce que, vous le savez, quand ils étaient hospitalisés, on fournissait les médicaments, mais, maintenant qu'on les hospitalise chez eux, est-ce que le médicament va suivre? Alors, il ne faudrait pas pénaliser indûment les personnes qui reçoivent des soins ambulatoires. Il faut plutôt s'assurer que les antibiotiques ou que les autres médicaments nécessaires soient disponibles de la même manière pour les personnes traitées dans leur milieu naturel que pour les personnes hospitalisées.

Ici, à la table, j'ai Mme Giarau qui gère toute la dimension du déploiement des services ambulatoires à l'hôpital Sainte-Justine. Elle sera en mesure de vous apporter certaines précisions. Également Mme Paquin, pour tout le développement des soins spécialisés en ambulatoire concernant la clientèle VIH, vous serez en mesure de poser des questions d'appoint là-dessus.

Dans les mesures institutionnelles, on ne saurait trop insister sur la Revue d'utilisation des médicaments, parce qu'il faut agir sur les prescripteurs. Le coût des médicaments exige une gestion serrée continue. On sait qu'il y a eu des efforts dans ce sens-là, mais, d'après notre expérience dans les différents établissements de santé et d'après la littérature, il est très clair qu'on n'a pas un très grand contrôle sur l'introduction des nouveaux médicaments. Les médicaments rentrent par le biais de la recherche, sont expérimentés. Alors, une fois que les patients et les médecins y ont goûté, leur inscription au formulaire est presque automatique. Ces médicaments sont parfois très coûteux et remplacent d'autres qui avaient fait leur preuve. Des infirmières mentionnaient qu'un bon vieux médicament antinauséux comme le Gravol, qui est très peu coûteux, est maintenant remplacé par une injection de Zofran, à 40 \$ l'injection. On peut se demander pourquoi nécessairement aller jusque-là.

• (15 h 20) •

Alors, on a de la misère à avoir du contrôle, dans nos établissements, sur l'introduction des nouveaux médicaments. Alors, au dire des infirmières, c'est une habitude. La liste, enfin, finalement, du formulaire, elle est peu élaguée, et l'efficacité est peu questionnée. Il semblerait que les véritables avantages de ces nouveaux médicaments là, je ne vous dis pas qu'en bloc ils sont rejetés, mais ne sont pas toujours questionnés de façon fine. Parce que, vous le savez, les nouveaux médicaments font l'objet d'un marketing, d'une promotion très importante des compagnies pharmaceutiques. Et la littérature a démontré que, lorsque les médecins n'ont comme seule source d'information que le lobby des compagnies pharmaceutiques, il y a un certain danger d'erreurs sur le plan des prescriptions. On a pris la peine de vous signaler, dans notre mémoire, l'étude de l'Organisation mondiale de la santé qui considère que, pour ce qu'on appelle les problèmes de santé primaires — vous savez, les problèmes de santé courants qu'à peu près tout le monde vit une fois par année ou deux — sur 8 000 médicaments disponibles sur le marché, 456 seraient amplement suffisants pour régler la plupart

des problèmes de santé primaires. Donc, le contrôle des prescripteurs dans l'utilisation judicieuse des médicaments, c'est un élément important.

Quant aux mesures systémiques... Ce qu'on appelle les mesures systémiques, c'est la cohésion au niveau du système de santé. Si le gouvernement veut véritablement atteindre les résultats au niveau du contrôle des médicaments non seulement sur le plan des coûts, mais sur le plan de minimiser les effets indésirables, on pense qu'il va devoir avoir des mesures à caractère systémique. On vous signale l'exemple de l'Allemagne, où il y a un plafond qui a été établi sur la masse que l'État consent à payer concernant les médicaments, et, au-delà de ce plafond, c'est la masse monétaire des médecins qui doit absorber les surplus de prescriptions. Alors, il semble que ça a été extrêmement efficace pour freiner l'enthousiasme des médecins à orienter les patients vers la pharmacothérapie.

Parmi les autres incitatifs, un qui nous intéresse particulièrement, c'est la fameuse formule du «managed care» qui, en fait, est un modèle organisationnel qui vise à introduire de la compétition interne dans le système de santé et à reproduire certaines règles du marché dans l'environnement sociosanitaire. À son niveau le plus poussé, cette approche-là de financement des soins et des services intègre, fusionne l'enveloppe monétaire par région, et c'est un financement per capita. À ce moment-là, le médicament... Comme les «prestataires» de soins et services sont jugés au mérite quant à leur véritable efficacité, ça incite les professionnels de la santé à substituer les ressources lourdes, humaines, institutionnelles ou technologiques par des ressources plus légères en recherchant le meilleur rapport coût-résultat.

Alors, étant donné que la situation économique actuelle risque de perdurer, il faut absolument explorer des modèles organisationnels qui vont favoriser un meilleur usage des médicaments. On insiste là-dessus, parce qu'on parle beaucoup d'introduire un programme, éventuellement, d'assurance-médicaments. S'il y a un programme d'assurance-médicaments mais qu'il n'y a pas un système de santé qui favorise une moins grande consommation des médicaments — ou bien il va falloir que l'assurance, le programme soit plafonné — on n'aura pas minimisé les effets pervers de la consommation plus ou moins appropriée des médicaments. Donc, il va falloir qu'il y ait une synergie entre les deux mesures, soit un programme d'assurance, mais un modèle d'organisation des soins et services, surtout sur le plan de son financement, qui soit cohérent avec les objectifs de maintenir la population en bonne santé.

Parmi les mesures de première ligne qui sont très importantes, c'est l'information à la population, l'éducation sanitaire. Je le sais, que c'est souvent dit, c'est vu souvent comme étant des vœux pieux, mais il demeure que le consommateur d'un médicament peut avoir une opinion critique quant à sa pertinence, quant à ses avantages et à ses inconvénients. Il aurait avantage à être informé aussi sur les coûts, la transparence quant aux

coûts. On pense que c'est une dimension centrale pour que la clientèle ait davantage de pouvoirs, puisse avoir un certain contrôle sur l'usage des médicaments. Là-dessus, les infirmières ont un rôle important. Je n'ai pas besoin de vous rappeler le rôle que les infirmières jouent au niveau des programmes Info Santé.

Les programmes éducatifs en milieu scolaire, qui sont des programmes extrêmement fragiles et en perte de vitesse présentement, on pense que c'est des programmes à maintenir, parce que les infirmières peuvent avoir un rôle éducatif majeur auprès des jeunes pour les aider à mieux discerner, enfin, à avoir l'information pertinente eu égard à la consommation de médicaments et, en fait, à tout autre programme préventif. Également, des groupes d'infirmières dans la province ont implanté des programmes d'information auprès des personnes âgées, notamment le programme Les médicaments, oui, non... Mais, Mme Garon, ici, pourrait vous en parler davantage parce qu'elle est impliquée dans le déploiement de ce programme éducatif auprès des personnes âgées, qui donne des résultats significatifs d'une moins grande consommation de médicaments par la personne âgée et un regard plus critique quant à leur consommation de médicaments et la capacité à faire des choix alternatifs.

Donc, de manière générale, on pense que toute la dimension de la prévention et de la promotion, que ce ne soit pas seulement par rapport à la médication, tous les programmes de prévention et de promotion de la santé peuvent éventuellement avoir un effet, une incidence indirecte à la baisse sur la consommation de médicaments au Québec. On vous a signalé, dans notre mémoire, les expériences américaines d'utiliser en première ligne des infirmières hautement qualifiées, qu'on appelle les «nurse practitioners» mais, en fait, qu'on pourrait appeler des infirmières cliniciennes ou des infirmières tout court, mais hautement qualifiées. Toutes ces expériences-là ont mis en lumière l'importance de la première ligne. Le premier contact de la population avec un intervenant de santé va souvent conditionner une certaine consommation pharmaceutique, et l'expérience des infirmières en première ligne a démontré que leur pratique a engendré une moins grande consommation de médicaments et une utilisation de moyens plus variés pour solutionner les problèmes de santé.

Au Québec, les CLSC constituent la première ligne de santé publique, et on pense que, en consolidant l'importance et la place des CLSC dans le système et la contribution des infirmières en santé communautaire, ça peut avoir des effets significatifs — on a mentionné certains exemples — sur la consommation de médicaments, parce que, en fait, les infirmières agissent beaucoup. On a parlé du prescripteur, on a parlé des compagnies pharmaceutiques, mais le consommateur... Il faut travailler à modifier les comportements des personnes dans la société. Alors, la modification des habitudes de vie, le renforcement des comportements responsables, les approches de relaxation, l'exercice, l'amélioration du régime alimentaire, des approches de relations d'aide ou de «counseling» sont toutes des approches éminemment

efficaces quand on considère les soins de santé primaires et les alternatives à la médication.

Parmi les autres mesures, rapidement, nous avons pu constater, autant dans la littérature que dans des recherches appliquées présentement... Mme Paquin, ici, a fait une recherche sur la formation des professionnels, médecins et infirmières, plus particulièrement infirmières, par rapport aux toxicomanies et certains médicaments. On s'est aperçu que, en général, c'est surprenant, mais, pour les professionnels de la santé, il y a des lacunes au niveau des programmes de formation quant à l'usage adéquat des médicaments. Je vous signalerais que, même dans nos établissements de santé, les hôpitaux, on est obligé de mettre sur pied des programmes d'une utilisation adéquate des narcotiques pour les personnes en phase terminale, parce que, des fois, ils sont sous-médicamentés. Donc, l'importance de poursuivre la formation en matière pharmacologique pour les différents professionnels, principalement les médecins, les pharmaciens, les infirmières.

Nous suggérons également à la commission d'accentuer l'importance du Conseil consultatif de pharmacologie. On pense que ce Conseil peut avoir un rôle important au niveau de la révision proactive et assidue des listes de médicaments et qu'il peut éclairer les cliniciens et faire un contrepois intéressant, par rapport au lobby des compagnies pharmaceutiques, sur l'efficacité véritable des médicaments.

Enfin, concernant le régime d'assurance, il nous apparaissait un peu prématuré, à ce stade-ci, de trancher de façon claire. Disons qu'on a hâte de voir le projet éventuel de M. Castonguay. Mais il demeure qu'on est dans une période de contraintes économiques et financières très importantes au niveau de l'État, et on espère que... Les bénéfices d'une telle assurance doivent évidemment améliorer l'équité des personnes qui ne sont pas couvertes, mais il ne faudrait pas que ça devienne un gouffre sans fin. Alors, on ne veut pas, peut-être, se prononcer en détail à ce stade-ci, mais on pourrait quand même répondre à des questions là-dessus. Il y a toute la dimension du soutien technologique, notamment du dossier informatisé unique, qui peut contribuer à un meilleur contrôle des coûts et du suivi pharmacologique de la clientèle. Je ne sais pas si j'ai terminé mon sprint de 20 minutes? Oui? Pas tout à fait?

• (15 h 30) •

La Présidente (Mme Leduc): ...quelque temps, oui, quelques minutes.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ça va aller. En fait, on vous avait soumis notre mémoire. Alors, on serait en mesure de répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Leduc): Alors, merci, Mme Desrosiers. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, Mme la Présidente. Je voudrais d'abord vous remercier de vous être présentées ici et de nous avoir fait une démonstration vraiment

éloquente de toute l'utilité de la profession d'infirmière, et particulièrement aussi du rôle que vous continuez de jouer auprès des patients. On sait que vous êtes, les infirmières, la pierre angulaire, finalement, de cette réforme de la santé. Vous avez un rôle proactif, particulièrement dans le cadre du virage ambulatoire. On sait qu'il y a des développements qui s'en viennent dans les soins à domicile et que sûrement que vous serez mises à contribution davantage; nous le souhaitons.

Nous avons appris, ce matin, que la Corporation des médecins avait été demandée pour être entendue par le comité Castonguay. On sait l'importance également de l'Ordre des infirmières, alors j'ose penser que, vous aussi, vous avez pu vous faire entendre par le comité Castonguay dans le cadre du nouveau régime d'assurance-médicaments.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, c'est une question... Si on s'est fait entendre? Non, on n'a pas été invité à se faire entendre à la commission Castonguay. Je ne sais pas si c'est quelque chose qui serait imminent, là, mais non.

M. Marsan: Est-ce que vous pourriez nous parler rapidement de votre vision, si vous aviez à présenter, au niveau du comité Castonguay sur le régime d'assurance-médicaments... Comment vous verriez ça, un régime, maintenant?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ce qui nous inquiète, présentement, en fait, c'est le fait qu'il y aurait un vacuum. Il y a une certaine partie de la population qui n'est pas couverte du tout et, effectivement, ça nous inquiète, parce que, quand même, il faut qu'il y ait une forme d'équité dans l'accès aux traitements. Par ailleurs, on voudrait regarder de façon très attentive... Vous savez que les régimes publics n'ont pas toujours eu des effets très heureux. Je ne veux pas mettre le blâme sur... Mais, si on regarde juste le régime actuel, on a une forme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées, et il a carrément été en perte de contrôle complet. La croissance des coûts dans ce régime-là a été astronomique, donc on a des inquiétudes. On regarderait de façon très fine les mécanismes d'autorégulation de ce programme-là. Et, comme on vous le disait tantôt, un régime d'assurance-médicaments qui ne serait pas assorti d'un mode de financement du système de santé qui serait incitatif à la baisse quant aux pratiques cliniques qui font en sorte que la façon la plus facile, dans le moment, c'est: Je te vois rapidement puis je te prescris quelque chose, bien, il va être en perte de contrôle complet, ça ne sera pas long, à moins, évidemment, de le plafonner a priori.

Bon, on a regardé ça. Marie, je pense que tu avais d'autres dimensions.

Mme Valois (Marie): Oui. À l'intérieur de votre document, finalement, qui est très quantitatif et qui était très intéressant à lire, on voit qu'on a déjà, en croisant

ces informations-là avec d'autres documents, 1 500 000 000 \$ dans nos médicaments; alors, c'est déjà beaucoup. Alors, la question, ce n'est sûrement pas de laisser monter ça encore. Pour le moment, il y a 755 000 000 \$ qui sont gérés par la RAMQ, en tout cas selon votre document, 235 000 000 \$ qui sont gérés par les établissements et qui semblent croître à un taux qui est beaucoup plus bas que dans les régimes de la RAMQ; puis il y a des gens, ici, qui vont avoir peut-être des explications à vous donner là-dessus. Il y a les assurances privées, en tout cas, qui geraient environ 350 000 000 \$. Ça, ça ne comprend pas les médicaments qui sont en vente libre, bien entendu. Alors, c'est déjà au-delà de 10 % des dépenses de santé.

Ce n'est certainement pas quelque chose à considérer tout seul, à part ça, parce que ça fait partie d'un système. Nous, ce sur quoi on insiste, c'est que c'est un des services disponibles à l'intérieur d'un épisode de traitements et qu'on doit s'en servir en ayant des règles d'efficacité-efficience, et ça n'a pas nécessairement été fait, à date. On met en garde d'accentuer encore de ce côté-là et de donner moins de disponibilités humaines, de ressources humaines et puis de compenser par de la médication.

Il y a peut-être des gens qui pourront renchérir là-dessus.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Nous, je ne sais pas si ça vous intéresse, mais on peut vous donner un exemple probant dans le domaine de la psychiatrie. Juste la réorganisation de certaines cliniques dans le domaine de la santé mentale a fait augmenter le taux de consommation de médicaments de façon draconienne. Peut-être, Francine, que tu pourrais donner un exemple là-dessus.

Mme Nadon (Francine): Oui. Au niveau du centre hospitalier Douglas, depuis cinq ans, notre clinique externe est organisée en clinique spécialisée. Antérieurement, on était en clinique communautaire, donc en sous-secteur. Devenant une clinique spécialisée, on ghettoisait les problématiques psychiatriques, c'est-à-dire qu'on est devenu des cliniques de schizophrénie, de maladies affectives ou d'anxiété. En vérifiant avec le directeur des finances, depuis notre réorganisation, au niveau des frais de médicaments, juste au niveau d'une clinique — on a deux cliniques externes — on est passé de 22 000 \$ à 85 000 \$. Et, dans le temps du 22 000 \$, l'hôpital assumait les médicaments de longue action, donc on avait un inventaire de médicaments en clinique externe pour ces gens-là. Mais, avec les restrictions budgétaires, maintenant on demande aux gens qui vivent de sécurité du revenu d'aller chercher cette médication en pharmacie communautaire. Alors, on a vu l'augmentation. Même en diminuant les coûts de médicaments de longue action, les coûts ont augmenté de près de 300 %, finalement, depuis la réorganisation. Donc, on voit que, tel que dans le rapport de Mme Langevin, il y a eu une polymédication au niveau de la pratique. La pratique est devenue très médicale par rapport à quand on était en

orientation communautaire, où il y avait plus d'interventions, justement, pour éviter de «médiquer», de trop «surmédiquer» la clientèle.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Même, je renchérirais là-dessus. Vous avez mis sur pied, les infirmières, à cette clinique-là, un programme de soutien aux schizophrènes qui, sur 15 ans — peut-être en deux mots, rapidement, pour les membres de la commission — avait réduit à presque zéro la consommation de médicaments.

Mme Nadon (Francine): Oui. Plusieurs infirmières, dans le temps qu'on pratiquait en psychiatrie communautaire, on avait monté beaucoup de groupes de patients, dont des patients dits chroniques, schizophrènes. Donc, on part avec une clientèle ayant des médications intramusculaires à tous les 15 jours. Après 15 ans, ces personnes-là ne prenaient plus de médicaments injectables, elles étaient rendues avec une médication per os. C'est à de très faibles doses. Donc, en même temps, on avait augmenté la qualité de vie de ces patients-là en termes de tous les effets secondaires de la médication. Aussi, on avait remarqué que ces gens-là avaient fait une réinsertion sociale assez notoire. Je pense que le fait qu'il y avait moins d'effets secondaires a contribué à leur réinsertion sociale. Mais, avec la réorganisation, ces groupes-là aussi ont dû être cessés.

La Présidente (Mme Leduc): Mme la députée de Blainville.

• (15 h 40) •

Mme Signori: Alors, merci, mesdames, pour la présentation de votre mémoire. Moi, j'aurais deux petites questions à vous poser. En regard du lobby des compagnies pharmaceutiques, vous avez comme passé délicatement sur le sujet, et j'aimerais vous poser une question. Vous avez parlé du médicament Graval. Je n'ai pas retenu l'autre nom du médicament qui est beaucoup plus dispendieux; probablement que vous l'avez retenu plus que moi. Maintenant, comment croyez-vous que le Conseil consultatif de pharmacologie pourrait arriver à contrer le lobby des compagnies pharmaceutiques?

Mme Desrosiers (Gyslaine): En donnant justement une information très riche sur le plan clinique, donc une information probante sur le plan scientifique mais qui, évidemment, n'est pas teintée de conflit d'intérêts et qui peut, à ce moment-là, mettre en relief le rapport coût-efficacité de certains médicaments. Ça a déjà été un peu amorcé, cette approche-là, via le Conseil d'évaluation des technologies de la Santé, qui a démontré de façon intéressante comment, quand on parle des radio-opacifiants, l'usage d'un certain produit radio-opacifiant... Ils ont pu démontrer ça dans un autre domaine. Mais c'est peu utilisé, le Conseil. À notre avis, c'est sous-utilisé...

Mme Signori: Sous-utilisé.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...le Conseil consultatif de pharmacologie. Évidemment, quand on dit ça, c'est qu'on ne veut pas recréer non plus une autre bureaucratie. Peut-être qu'il y aurait des approches souples, flexibles, des mandats très précis qui pourraient être donnés à un conseil comme celui-là, parce que, évidemment, il ne s'agit pas de réinventer les laboratoires et de contre-expérimenter la médication, mais il faut absolument que le coût des médicaments soit davantage connu de tous, et une certaine relation coût-efficacité. Alors, je pense que le Conseil aurait... Ne serait-ce que de rendre publique et accessible une liste de ces médicaments-là et leur coût. Il y a des infirmières cliniciennes, ici, qui me disent que, depuis qu'elles ont connu le coût de certains médicaments et depuis que leurs patients connaissent le coût de certains médicaments, elles ont été en mesure de mieux gérer et de conseiller des médicaments alternatifs.

Mme Signori: Est-ce que vous croyez honnêtement que le lobby pharmaceutique pourrait être contrôlé par ce Conseil-là?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, le lobby, il va rester ce qu'il est, parce qu'on vit en démocratie, puis je pense bien que les compagnies sont là pour faire de l'argent, puis je pense bien qu'elles ont un rôle, aussi, important dans la société en développant des médications nouvelles. Je pense que c'est tout simplement une question de contrepoids. Par ailleurs, n'oubliez pas que tous les cabinets... Vous savez qu'au Québec la première ligne de soins et de services est essentiellement faite par les cabinets privés; il y a presque 1 000 000 000 \$ dans les cabinets privés de médecin et 735 000 000 \$ dans les CLSC. Mais, les cabinets privés, ils ont tous une garde-robe pleine d'échantillons. Alors, évidemment...

Mme Signori: Oui. C'est ça.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...ça se donne beaucoup, ça, de façon plus... Moi, je trouve que, si on accentuait davantage, en tout cas, qu'on consolidait la dimension importante d'une première ligne de santé publique où on travaille davantage sur l'éducation, la promotion, la santé, il y aurait un effet à long terme. Il y a des gens ici qui pourraient vous en parler. Mme Garon travaille à la mise sur pied... Ils ont déjà commencé à mesurer les effets de: quand on informe la population, c'est drôle, elle va plus... Leur programme d'information à la population inclut quoi demander à votre médecin quand il vous prescrit quelque chose, puis là il s'établit un rapport intéressant entre le prescripteur et le patient.

Mme Signori: Croyez-vous que ça serait une solution à apporter pour le contrôle, justement, de ces prescriptions?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, il n'y a aucune solution miracle. C'est comme un train de mesures, mais encore faut-il que les incitatifs soient donnés dans le bon sens.

Mme Signori: L'information, c'est le pouvoir.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, bien, c'est certain que ça fait partie des solutions. Et ce n'est pas de l'utopie, parce que, là où ils ont été implantés, ces programmes-là — Pauline, peut-être que tu peux donner un exemple — vraiment, la consommation de médicaments baisse.

Mme Garon (Pauline): Oui. Disons que, nous, depuis que le programme est implanté, on a rejoint à date 600 personnes environ, 600 personnes de 55 ans et plus, parce que notre programme vise un aspect de prévention puis d'information. On ne veut pas nécessairement attendre que la personne soit en grande perte d'autonomie avant d'agir, alors on vise les 55 ans et plus. Ce qu'on a remarqué par les rencontres d'information, qui consistent en six rencontres d'information — les personnes se déplacent, elles viennent assister à leurs rencontres — c'est qu'en même temps ça forme des agents multiplicateurs auprès des personnes en plus grande perte d'autonomie à domicile. Et, en même temps, on s'est aperçu que les gens avaient été capables de mieux préparer leur entrevue avec le médecin ou le pharmacien — parce que le pharmacien est capable de donner de bons conseils, surtout au niveau de la médication.

Mme Signori: Des fois.

Mme Garon (Pauline): Ha, ha, ha! Et puis ce dont on s'est rendu compte, c'est qu'on vise beaucoup les modifications des comportements, et nos personnes — puis ça nous a été rapporté, entre autres, par des médecins — sont mieux préparées lorsqu'elles arrivent. Elles posent plus de questions et elles sont capables de faire un choix plus judicieux face à la prise de leur médication. Je trouve que ça forme des agents multiplicateurs, comme je le disais tout à l'heure.

Mme Signori: En fait, ça prendrait un projet d'information et d'éducation à la grandeur du Québec, auprès de tous les usagers.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ce genre de projet là, c'est mené dans des CLSC. Il y a deux...

Mme Signori: Pour les personnes âgées, plutôt, oui. C'est ça.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui. Il y a deux régions qui ont commencé à l'implanter. C'est un programme qui a été mis de l'avant par une infirmière de la région de l'Outaouais avec d'autres membres de l'équipe

multi. Il a commencé à être implanté là. Là, il est implanté dans le Bas-Saint-Laurent—Gaspésie. Mais encore faut-il, comme je vous dis, que ce soit valorisé, que ça fasse partie des priorités puis que, la première ligne puis la prévention, ce soit important, parce que, avec le prochain train de coupures qui s'en vient, est-ce qu'il va rester de l'argent pour la prévention? Puis il faut commencer par là, parce que, ça aussi, c'est important, sinon il y a un cercle vicieux.

Mme Signori: On devrait toujours commencer par là, d'ailleurs.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, il me semble.

Mme Signori: Le curatif serait beaucoup moins important si on faisait de la prévention. Merci, madame.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, Mme la Présidente. Bien, moi, permettez-moi d'abord de vous remercier d'être venues nous présenter vos points de vue sur le document qu'on vous avait soumis comme réflexion. Je suis un petit peu étonné de voir le ton que vous avez donné à certaines parties de votre rapport où on retrouve des chiffres que vous nous lancez un petit peu en l'air, me disant que, lorsque vous êtes passés d'une clinique communautaire à une clinique spécialisée en psychiatrie, vous êtes passés de 22 000 \$ à 85 000 \$ de médicaments. En me lançant ça comme ça, j'ai dit: Mon Dieu, qu'est-ce qu'ils ont fait là! Sauf qu'il faudrait que vous me donniez si les malades étaient mieux après qu'avant, ce qui n'est pas nécessairement évident, puis je ne pense pas que ce soit à vous de me le dire non plus. Alors, je suis étonné que vous me sortiez ça. J'aurais aimé mieux que vous vous adressiez vraiment spécifiquement au mécanisme qui générerait d'une façon plus rationnelle et plus efficace la distribution des médicaments, tel que l'intervention, que madame vient de mentionner, dans le Bas-du-Fleuve, et aussi dans la région de l'Outaouais où le CLSC s'implique à informer les gens des effets des médicaments, des coûts des médicaments. Donc, on les prépare, et, ça, ça m'apparaît évidemment un rôle important que les infirmières ont à jouer, qu'elles vont avoir d'ailleurs à jouer de plus en plus.

Je suis aussi étonné de voir que vous mentionnez que la plus grande source d'information des médecins sur les médicaments, ce sont les pharmaceutiques. Il faudrait faire fi de toutes les publications médicales qui existent dans le monde, qui se situent par milliers et milliers et qui sont publiées régulièrement. Pour en avoir lu déjà plusieurs moi-même dans ma vie antérieure, je peux vous dire: Ce n'est pas les vendeurs de pilules qui m'ont convaincu du bien-fondé de l'utilisation d'un médicament ou pas.

Et, pour faire part aussi des cabinets qui sont remplis d'échantillons, bien, j'ai pratiqué pendant 20 ans

et je n'ai jamais eu un seul échantillon dans mon bureau, puis je n'ai jamais eu de vendeurs de pilules qui sont venus me voir. Alors, c'est des énoncés qu'il est dangereux de sortir sur la place publique, parce qu'ils ne sont pas fondés sur tous les médecins. Ça généralise, le commentaire que vous faites, et je pense qu'il est dangereux. Il y a des médecins qui ont des échantillons plein les poches, et ça, j'en conviens; par ailleurs, il y a un grand nombre de médecins qui n'ont aucun échantillon. Et c'est dangereux de sortir ça, parce que l'image que vous projetez, c'est que les médicaments sont dans les poches des docteurs puis qu'ils vous donnent ça ou vous les vendent, ce qui n'est pas du tout le cas.

Par ailleurs, il est vrai que, souvent, les médicaments aboutissent sur le marché grâce aux recherches qui ont été entreprises par les compagnies pharmaceutiques. Le travail qui a été fait, évidemment, a été souvent très, très, très dispendieux, et la compagnie pharmaceutique, comme Mme Desrosiers l'a mentionné, est là pour faire de l'argent; elle n'est pas là pour en perdre, puis, ça, j'en conviens.

Et un élément très important, quand même, que l'on doit considérer, c'est: lorsque ces médicaments-là sont mis à l'usage des gens et qu'on finit par approuver le médicament pour utilisation éventuelle, bien, vous avez sûrement été mises au courant des événements récents où les gens atteints de sida à Montréal ont pris leurs médicaments puis les ont jetés à la poubelle, ce qui a coûté des milliers de dollars, pour obtenir le nouveau médicament. Alors, lorsque les compagnies pharmaceutiques ont un nouveau médicament et qu'elles ont donné ce médicament pour en faire l'étude, lorsqu'il est approuvé, elles ne peuvent pas, du jour au lendemain, l'enlever aux gens qui n'ont pas d'argent. Elles nous laissent ce qu'on appelle le «compassionate offer». Elles le laissent gratuitement.

• (15 h 50) •

Ça peut être interprété de deux façons. Une, on dit: Ah! bien, ça, elles rendent les gens dépendants, puis, quand elles vont le vendre, elles vont les avoir. Ça, c'est une façon de le voir. L'autre, je vous mettrais au défi de recevoir toutes les lettres d'avocat qu'elles recevraient comme poursuites, et j'en ai vu moi-même une d'une personne de Toronto, une avocate qui a un cancer du sein et qui a envoyé une lettre de poursuite à la compagnie qui vient de mettre un nouveau produit sur le marché à Montréal pour le cancer du sein. Il y a une poursuite contre cette compagnie-là parce qu'elle n'a pas voulu lui fournir le médicament, qui n'est disponible que pour recherche. Alors, là aussi, c'est des commentaires dangereux que vous soulevez, commentaires dangereux, et je vous demanderais d'être très judicieuses dans ces énoncés-là, parce que c'est important de ne pas jeter d'éléments de doute sur des groupes de notre société qui sont déjà questionnés.

Vous avez soulevé aussi des questions importantes quant aux prescriptions des médecins, et, ça, je suis tout à fait d'accord, mais il faut être très judicieux dans ses énoncés. J'aurais aimé entendre de vous... Puis on

pourrait aller pour le Graval et le Zofran, qui a été mentionné aussi. Je ne sais pas si vous avez eu à recevoir de la chimiothérapie, je peux vous dire que le Graval, ce n'est pas toujours efficace, dans les cas de chimiothérapie, avec la nausée, et que le Zofran est beaucoup plus efficace. Lorsque vous avez de la nausée, même si on vous dit: Ça coûte tant l'injection, puis l'autre coûte beaucoup moins cher, vous aimerez beaucoup mieux recevoir l'injection et ne plus avoir de nausée que d'avoir la nausée avec un peu de Graval.

Ceci dit, M. le Président...

La Présidente (Mme Leduc): Mme la présidente.

M. Beaudet: ...Mme la Présidente, je m'excuse, on a mentionné, tantôt, quant à la formation d'une formule pour supporter les médicaments, qu'il y a 1 200 000 de gens qui ne sont pas couverts, au Québec. Il y en a 62 % qui sont couverts par une assurance, un autre 1,2 %, 1,4 % qui est couvert par la sécurité du revenu ou les aînés, et l'autre, qui est 1,2 %, 1,3 %, 1,4 %, qui est les travailleurs autonomes ou les travailleurs à bas revenus. Tantôt, madame, vous n'avez pas vraiment donné de pistes de solution. Sans toutefois négliger l'aspect qui vous inquiète, que ces gens-là doivent être couverts, puis, ça, j'en conviens avec vous, est-ce que, dans votre réflexion, vous avez trouvé des pistes de moyens de le financer, ce système-là?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, en fait, c'est l'objet de notre présentation, la consommation judicieuse des médicaments. Quand on regarde le taux de prescriptions par personne âgée, quand on regarde la croissance du taux de prescriptions par visite médicale — en fait, c'est tout le système de santé — il n'y a pas de mécanisme incitatif à faire... Les mécanismes soit d'organisation du système de santé, parce que j'aimerais ça qu'on puisse revenir sur la question des mécanismes organisationnels qui favorisent les prescriptions... En fait, l'argent qu'on dépense là, on regardait la croissance des dépenses du côté du programme actuel, c'est certain que, si on rajoute une couverture pour 1 200 000 personnes pas couvertes, on n'arrivera plus. Je veux dire, on va ruiner l'État dès l'année prochaine. Il y a un autre 1 000 000 000 \$ qui va se rajouter. Donc, ça veut dire qu'il faut vraiment travailler sur deux dimensions: l'assurance ou l'équité dans l'accès à la médication. Mais, si on ne joue pas sur les mécanismes organisationnels ou les incitatifs financiers dans l'organisation du système de santé, qui font en sorte que, par le type de consultation qui est disponible à la population, la prescription est souvent la formule la plus, disons, facile ou la plus facile ou, enfin...

M. Beaudet: À la main.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Je n'oserais pas dire ce terme-là, mais, en fait, c'est la solution la plus

accessible, disons. Ça fait en sorte qu'il y a beaucoup d'argent qui est drainé là et, quand bien même on aurait un système d'assurance, si on ne joue pas sur ces mécanismes-là, le système n'arrivera pas.

Là-dessus, j'aimerais ça, sincèrement, sans partir une polémique, que vraiment on ait la chance de vous expliquer nos propos. Je vous remercie de m'inviter à la prudence, mais, habituellement, les infirmières, on est assez en contrôle et assez prudentes dans nos propos. Alors, concernant l'organisation des cliniques très spécialisées, on n'a pas garroché de chiffres en l'air; ce sont des chiffres, des chiffres probants, et notre opinion, c'est que c'est lié directement à l'organisation de la pratique.

Quand on fonctionnait en clinique communautaire centrée sur l'intervention dans le milieu de vie de la personne qui avait un problème de santé mentale, c'était un mode d'organisation. Certains pourraient considérer qu'il y en a d'autres qui seraient meilleurs, mais c'est un mode qui évitait l'hypermédicalisation ou l'hyperspécialisation dans la prise en charge. Et, malgré tout le mérite de la spécialisation — parce qu'elle a ses mérites, et, effectivement, il ne faut pas dénigrer la pratique médicale spécialisée, parce qu'elle a ses mérites — il demeure que, quand c'est le seul mode de soutien dans la prise en charge, ça entraîne, d'après notre opinion, dans ce secteur-là, mais on aurait pu en nommer d'autres — j'ai madame, ici, qui est spécialiste dans le domaine du sida, parce qu'on pourrait revenir là-dessus tantôt — une consommation très, très importante, parce qu'on ne joue plus sur les autres paramètres. Parce qu'il n'y a pas que la consommation de médicaments, il y a l'intervention dans le milieu de vie, il y a l'intervention auprès de la famille, il y a d'autres types de prise en charge qui peuvent faire en sorte qu'il y ait une moins grande consommation de médicaments. Là, c'est parce que vous avez posé beaucoup de questions. On pourra revenir sur la question de la couverture des 1 200 000 \$ et l'aspect clinique, peut-être. Il y avait l'aspect... Marie-Josée, je ne sais pas si tu veux dire quelque chose concernant la problématique particulière aux patients sidéens, l'introduction des médicaments via la recherche.

Mme Paquin (Marie-Josée): Oui. C'est sûr que ce sont des personnes qui sont en quête d'espoir très grand. Alors, c'est sûr que, dès qu'il y a une nouveauté, un nouveau développement, on est dans le développement technologique en matière de VIH-sida, donc il y a, à ce moment-là, des fois, des nouvelles façons de faire pour essayer de ralentir la progression du virus dans l'organisme, suite à des découvertes scientifiques qui sont proposées auprès de la clientèle. Mais, par contre, aussi, pour essayer de prévenir des maladies opportunistes dans la phase sida, il y a aussi d'autres médicaments qui semblent avoir démontré leurs effets. Et, dans cette perspective-là, je pense que le rôle des infirmières auprès de la clientèle atteinte du VIH-sida, c'est, en harmonie avec la stratégie de lutte québécoise contre le sida, d'essayer de mettre sur pied, à ce moment-là, des

programmes qui vont favoriser le maintien en milieu naturel, en milieu de vie de la personne vivant avec le VIH-sida.

À ce chapitre-là, il y a un programme qui a été développé par les infirmières, qui est un programme d'autoadministration de ganciclovir ou de foscarnet à domicile. C'est un médicament qui est donné dans le cas des personnes qui vont développer, en phase sida, des rétinites à cytomégalovirus, et, à ce moment-là, on sait qu'il y a 15 % à 40 % des personnes vivant avec le sida qui ont la probabilité de développer ce type de pathologie là en phase sida. Pour 15 % à 40 % de cette clientèle-là au sein de la cohorte sida au Québec, il y a eu un programme de développé où on enseigne aux personnes, à partir du moment où elles font le choix d'avoir un cathéter spécifique, d'implanté sous la peau, qui rejoint une veine centrale de l'organisme, de s'autoadministrer, par ce type de cathéter là, des médicaments. Donc, il y a tout un programme d'autoadministration qui a été mis sur pied par des infirmières et qui, par la suite, est aussi coordonné avec les services de soins à domicile des CLSC. Lorsque les personnes retournent à domicile et s'autoadministrent quotidiennement leurs médicaments, elles peuvent recourir aux services des infirmières à domicile, si jamais il y avait des difficultés au niveau du cathéter ou de l'administration du produit.

C'est un programme d'enseignement qui a été mis sur pied. On calcule qu'en moyenne les personnes, pour faire leur apprentissage de s'autoadministrer ces médicaments-là, ça leur prend environ six heures. Au cours de la première année où ça a été implanté au sein de la cohorte des personnes atteintes du VIH-sida à l'Hôtel-Dieu de Montréal, ça a diminué le temps d'hospitalisation de telle sorte qu'on a pu récupérer environ 400 000 \$ en hospitalisation.

Ce programme-là est allé à tous les endroits dans la province, et même il est implanté au niveau mondial, par rapport à l'autoadministration des différents produits. Il peut être adapté à d'autres types de clientèle, par exemple les personnes vivant avec le cancer, qui peuvent apprendre à s'autoadministrer de la chimiothérapie à domicile. Donc, toute l'autoadministration, à ce moment-là, le programme d'enseignement a été une initiative des infirmières et le suivi est assuré par les infirmières.

M. Beaudet: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Johnson, s'il vous plaît.

M. Boucher: Merci. Vous avez parlé beaucoup de l'approche intégrée qui a été développée dans les CLSC, l'approche première ligne. On sait que les CLSC ont été un peu développés en réaction à la médecine curative traditionnelle. Les médecins qui allaient dans les CLSC, comme les travailleurs sociaux d'ailleurs et comme les infirmières — au début, en tout cas — étaient souvent des gens qui ne voulaient plus travailler dans le milieu curatif et qui avaient trouvé là un créneau d'inter-

vention qui leur convenait plus, et ça faisait contrepois, d'une certaine façon, à la médecine curative, la médecine des médicaments.

• (16 heures) •

Il y a, actuellement, puis c'est une question que je vous pose, au fond, parce que vous êtes des personnes qui sont sur la ligne de feu continuellement, les infirmières. Vous êtes avec les patients sur le terrain. Vous subissez, vous autres, plus que n'importe qui les contre-coups des réformes qu'on fait. Dites-moi, est-ce que le virage ambulatoire qu'on tente de prendre, et qui a été amorcé sous l'ancien gouvernement, de toute façon, est un virage qui ne va pas, d'une certaine façon, nuire au développement d'une véritable santé communautaire et qui n'amènera pas tout simplement une médecine d'hôpital à domicile? Comment on peut imaginer contrer ça? Je suis en contact avec des gens de CLSC qui sont inquiets de la vocation préventive des CLSC, la vocation santé communautaire, et je pense qu'on manquerait notre coup si on ne faisait que transférer la médecine d'hôpital à domicile. J'aimerais ça que vous me parliez de ça un peu. J'aurai une autre question par la suite.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, écoutez, vous exposez un des risques d'un dérapage possible dans le virage. Ce serait effectivement un long exposé là-dessus, ça nous préoccupe de façon importante. On est intervenu cette année, et encore récemment, auprès du ministre là-dessus parce que, effectivement, décroître les hôpitaux... C'est sûrement quelque chose de favorable, d'être soigné davantage dans son milieu naturel, mais, si on déplace l'hôpital vers le CLSC... On connaît certains CLSC qui sont maintenant organisés comme des salles d'urgence, avec du triage, et puis, si, la personne, ce n'est pas suffisamment urgent, elle se fait dire: Va-t-en voir ton cabinet privé. Donc, j'espère qu'on ne reproduira pas le modèle de l'hôpital dans le CLSC. La réforme aurait manqué son coup. Donc, toute l'originalité du système de santé communautaire au Québec, qui était une orientation qu'on appelle à caractère populationnel, sur les clientèles vulnérables, j'espère que ce sera protégé dans le virage. Le virage ambulatoire, c'est simplement une recherche de gain d'efficacité, c'est-à-dire éviter les hospitalisations indûment longues, trouver des alternatives à l'hospitalisation, éviter d'être assis dans un lit d'hôpital juste pour un antibiotique intraveineux. Pourquoi ne pas être chez soi? Vous savez, toutes ces dimensions-là sont extrêmement méritoires. Gérer de façon clinique, de façon différente le temps de séjour pour faire en sorte qu'au lieu de rester 40 jours on va en rester 15, je pense que, ça, c'est tout le mérite de la réforme en cours. L'aspect, effectivement, l'effet pervers, ce serait qu'on perde les acquis qu'on appelle de santé communautaire où, finalement, le CLSC et l'institution, l'organisme ou une équipe se penchent sur l'aspect, comme je disais tantôt, de la vulnérabilité de la population qu'elle vise, et elle doit développer des programmes à caractère préventif selon la vulnérabilité. Alors, effectivement, vous avez mis le doigt sur un des risques, et on va être

très vigilant là-dessus. Et je suis contente de voir que la partie gouvernementale s'en préoccupe. Madame, ici, a travaillé dans un CLSC. Elle peut peut-être faire un commentaire complémentaire.

Mme Garon (Pauline): Bon. Au niveau de ma partie clinicienne dans un CLSC, je dois vous dire que vous aviez peut-être raison en évoquant ce risque-là, mais, actuellement, au niveau des plans d'action locaux par MRC, je dois vous dire qu'il existe... Je vais vous donner des moyens concrets par rapport à cette préoccupation-là. C'est que, par MRC, il y a des tables, et, au niveau de ces tables par MRC là, les principaux partenaires du milieu sont à élaborer des plans d'action locaux en fonction des objectifs de santé et bien-être. Ces plans d'action sont sur une base triennale. Ils vont être révisés. Actuellement, dans les objectifs de santé et bien-être — je vais parler pour nous — les objectifs de prévention qui ont été retenus, c'est la prévention des chutes, la prévention au niveau de médicaments, l'utilisation rationnelle des médicaments, et au niveau de la toxicomanie. Alors, on garde quand même des objectifs de prévention, et je pense que c'est une préoccupation à travers tout le virage ambulatoire.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ça va dépendre un peu de la priorisation sur le plan budgétaire. Est-ce que vous aimeriez un petit commentaire sur la difficulté, malgré tout, à déployer le virage ambulatoire? Parce que ça n'a pas l'air simple, quand même, ce redéploiement-là. Mme Gareau pourrait peut-être vous en dire un mot.

Mme Gareau (France): Oui. Bien, je pense qu'un des éléments qui peuvent actuellement nous éviter de tomber dans le piège dont on parlait tantôt, c'est, entre autres, avec les familles, en pédiatrie, de viser davantage l'autonomie des parents dans l'autosoin, si on veut, avec leurs enfants, ce qui n'est pas nécessairement simple, mais je pense qu'on doit faire confiance à la population. Et, nous, les infirmières, on est appelées régulièrement, à tous les niveaux d'intervention, à enseigner beaucoup aux parents, à les rendre autonomes dans les soins face à leurs enfants.

Par ailleurs, je dirais que toute la question du virage ambulatoire, ça demande beaucoup de concertation dans nos établissements, pour essayer de rendre nos actions les plus efficaces possible et les plus rentables. Je pense, entre autres, à l'antibiothérapie intraveineuse à domicile, où, à titre d'exemple, la revue d'utilisation des ressources que nous faisons en équipe multidisciplinaire nous amène parfois même à modifier le traitement et le rendre par la bouche, par exemple, donc à minimiser l'hospitalisation des enfants sur une longue période de temps et à économiser ces jours d'hospitalisation.

M. Boucher: J'ai évoqué ça parce que je trouve que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec peut jouer un rôle important dans le fait d'éviter que la culture hôpital envahisse la culture CLSC, et finalement la

domine. Je pense que vous êtes les personnes sur qui on peut compter le plus pour éviter ça. Et il y a un danger important. On l'observe dans les choix qui sont faits. Par exemple, les infirmières en milieu scolaire ou les travailleurs sociaux en milieu scolaire, dans beaucoup de CLSC, sont retirés des écoles. On les emmène en CLSC. On est en train de développer des équipes de quartier, mais avec des objectifs qui sont forcément, souvent, des objectifs curatifs, puisqu'on est pris, de plus en plus, à éteindre des feux. Je vous le dis en toute naïveté, en toute simplicité...

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, je vous remercie énormément, parce qu'on a, cette année, répertorié quelques centaines d'initiatives prises par les infirmières dans le cadre du virage ambulatoire. On les a déposées au ministre et on lui a demandé, si vous voulez, son soutien pour que la contribution des infirmières soit davantage reconnue comme un élément de succès, éventuellement, de la réforme. Parce que, là, les infirmières sont un peu essouffées. Et, si elles ne sont pas vues comme un élément pouvant contribuer au succès, bien, des initiatives comme elles en prennent, comme plusieurs d'entre elles, ici, en ont pris, elles vont se décourager. Et pourquoi les mettre sur pied si ce n'est pas valorisé par les initiatives de la réforme? Donc, je pense qu'il va falloir que ça soit un peu comme donnant-donnant. On contribue, mais encore faut-il qu'on soit reconnues comme un facteur de succès éventuel.

La Présidente (Mme Leduc): Alors, je pense qu'on va...

M. Boucher: Bon, ça, c'est...

La Présidente (Mme Leduc): Si vous voulez, on va revenir au sujet de la consultation, ici, qui est sur les médicaments...

M. Boucher: Ce n'est pas étranger à la consultation, Mme la Présidente, de parler de santé communautaire. C'est, au contraire, très pertinent.

J'ai une dernière question à poser, qui concerne l'assurance...

La Présidente (Mme Leduc): Dans le sens de la consultation que nous menons aujourd'hui?

M. Boucher: Oui, tout à fait. Tout à fait. Vous semblez avoir des réticences par rapport à une assurance-médicaments. Moi, j'ai la conviction profonde qu'une assurance-médicaments viendrait nous aider à contrôler, justement, la consommation des médicaments au Québec en la régularisant et aurait des effets bénéfiques énormes, particulièrement au niveau du retour au travail des assistés sociaux, par exemple, qui évitent de le faire justement parce qu'ils ne veulent pas perdre les médicaments gratuits. Alors, je vous inviterais à réfléchir dans ce sens-là et à appuyer le gouvernement dans

ses démarches, parce que ça m'apparaît une des clés de l'emploi au Québec. C'est assez curieux de le dire, mais ça m'apparaît fondamental.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, le principe est éminemment intéressant, il va falloir en voir la mécanique. Peut-être que...

Mme Valois (Marie): On ne voudrait pas donner l'impression d'être contre l'assurance-médicaments. Ce n'est pas ça qu'est la question. La seule chose, c'est que, étant donné le contexte économique actuel et la façon dont ça évolue toujours en croissant, le coût des médicaments, il ne faudrait pas que ce soit l'occasion de faire croître encore plus ce volet-là. Si c'est une occasion de bien gérer... Et il y a certainement des moyens, parce que les compagnies d'assurances, ça existe depuis belle lurette et ça sait comment gérer les assurances, comment imposer des franchises, des plafonds, faire des vérifications, et tout ça. Donc, il y a certainement un moyen et il faudrait que ce soit fait dans un cadre comme celui-là. Et, moi, j'ai bien confiance que les gens du groupe Castonguay vont arriver avec des propositions auxquelles on pourra réagir.

• (16 h 10) •

On pourrait peut-être vous mentionner tantôt, si ça vous intéresse, l'exemple de l'Allemagne. Je ne sais pas si vous l'avez regardé. On mentionnait qu'une des façons, finalement... Parce que l'assurance-médicaments, ça ne permettrait pas automatiquement de contrôler la consommation. Ça va être une façon, peut-être, d'assurer une équité, mais il va peut-être falloir faire des choix, c'est-à-dire pas tous les médicaments, donc il va falloir faire des choix. Et ce qu'ils ont fait, en Allemagne, pour impliquer finalement toutes les parties, c'est qu'ils ont imposé un plafond, et même à la baisse. Dans un premier temps, ils ont baissé le montant total. À un moment donné, ils ont dit: Pour l'année suivante, tout dépassement de tel montant sera assumé, par exemple, par la masse salariale des médecins et tout dépassement supplémentaire à ça sera assumé par les compagnies pharmaceutiques. Et les trois parties se sont assises ensemble, elles ont signé une convention. Ils étaient d'accord pour ça. L'année d'après, la consommation de médicaments, en fait, était en deçà de 10 % du plafond qui avait été fixé. Alors, dans un cadre comme ça, nous autres, on achète une assurance-médicaments universelle n'importe quand, là. Voyez-vous, c'est un exemple de mesure, finalement. Ça peut être toute autre formule, là, selon les cultures qui existent, en fait, dans les différentes sociétés, mais c'est un exemple.

M. Boucher: Je vous remercie. En passant, j'ai beaucoup apprécié votre intervention.

Mme Valois (Marie): Merci.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Mesdames, j'ai deux questions à poser, deux sujets à aborder, et j'aimerais peut-être enchaîner un peu plus après mon collègue, le député de Johnson, au sujet du virage ambulatoire. Le député de Johnson a parlé d'une façon très éloquente sur les problématiques que ça peut poser. Il y en a une autre qui est contenue dans votre mémoire, c'est celle, évidemment, de la question des médicaments à domicile pour les personnes qui sont assujetties à ce virage ambulatoire. On attend avec hâte, nous aussi, le projet d'assurance-médicaments du gouvernement, qui, selon les différentes balises, peut peut-être répondre à quelques préoccupations qu'on a. Mais, en attente de ce projet, le virage ambulatoire est déjà commencé, je pense qu'on est tous au courant. Et je lance comme exemple: une de mes tantes a tout récemment été en phase terminale de cancer du foie, chez elle, et la famille a décidé de garder ma tante chez elle pendant sa maladie, ce qui, je pense, l'a beaucoup aidée. C'était un désir de la famille, mais qui avait également des incidences sur les ressources financières et matérielles dans l'hôpital. Elle n'était pas hospitalisée; elle était gardée chez elle. On sait que ça libère un lit quelque part, il ne faut pas le négliger, ça engendre une certaine économie dans notre système. Dans son cas à elle, c'était très bénéfique pour tout le monde, sauf qu'elle était obligée de payer des médicaments vers la fin de sa maladie. Dans son cas, elle avait dépassé l'âge de 65 ans, alors les médicaments étaient plutôt gratuits, avec le ticket modérateur de 2 \$. Mais on peut facilement imaginer d'autres circonstances où quelqu'un de 60 ou 64 ans aurait été obligé d'acheter de ses propres moyens des médicaments qui pourraient être dispendieux lors d'une maladie qui est soignée et suivie à la maison.

Vous faites référence dans votre mémoire, à la page 9, au fait qu'il ne faudrait pas pénaliser indûment les personnes qui reçoivent des soins ambulatoires. Il faut plutôt s'assurer que les antibiotiques ou autres médicaments nécessaires soient disponibles, etc., de la même manière. Est-ce que je dois comprendre — si je vous demande d'être très précise — que, dans le cas de quelqu'un qui a son congé de l'hôpital à cause du virage ou qui décide de rester chez lui, les médicaments nécessaires soient couverts par l'établissement qui a été traité à un moment donné ou rattaché à... Où, effectivement? Dans le pratico-pratique, là, parce que la question se pose et la problématique est là.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui. Le problème, actuellement, c'est qu'on est dans une phase de transition. Et, avant, c'était le lieu, l'endroit où on était soigné qui conditionnait la couverture...

M. Copeman: Oui, oui.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...si vous voulez. Si on était hospitalisé, ils fournissaient les médicaments; si on ne l'était pas, bon... Si on est en soins de longue durée, c'est un autre mécanisme: il faut payer tant par

mois pour être hébergé, donc ça couvre peut-être les médicaments qu'ils nous donnent. Bon, là, on vit un phénomène. Dans le fond, on cherche à réduire l'usage inapproprié de l'hospitalisation, et, actuellement, c'est un peu aléatoire. Actuellement, il y a des hôpitaux qui ont décidé que, quand ils hospitalisent, dans le fond, dans leur... Le mot «hospitalisation», là, ça peut prendre toutes sortes de sens, mais, quand on est dans un protocole thérapeutique en phase clinique instable, ou en phase aiguë ou encore terminale mais qui exige toute une panoplie thérapeutique puis qu'on est chez soi, il y a deux ans avant, on aurait été à l'hôpital. Donc, on pense que, à ce moment-là, ce n'est plus le lieu où on est qui doit conditionner la couverture de médicaments, ce sont d'autres principes qui doivent jouer. Et ce n'est pas clair dans le moment. Effectivement, on est un petit peu préoccupé parce qu'on a des témoignages régulièrement. Mme Gareau peut le dire. La personne est renvoyée chez elle. Si elle a une assurance, elle cherche à se faire payer par son assurance. Mais l'assurance dit: Écoutez un instant, dans ma tête, vous êtes encore comme une hospitalisée à domicile. Donc, ils se renvoient la balle. Peut-être veux-tu insister davantage là-dessus? On est inquiet parce que le virage s'accroît, et les mécanismes... Il n'y a pas seulement ce mécanisme-là, il y a beaucoup de mécanismes. Pour toutes sortes de raisons, c'est qu'il faut virer plus vite que la capacité d'adaptation des moyens administratifs. Alors, là, ce n'est pas encore tout à fait au point.

Mme Gareau (France): Effectivement, on vit beaucoup d'ambiguïtés. À titre d'exemple, l'antibiothérapie intraveineuse à domicile, les questions viennent aussi des usagers, qui disent: Comment se fait-il que, moi qui suis assuré, je me vois refuser par ma compagnie d'assurances la couverture de mes médicaments qui sont assurés, lorsque je suis traité à domicile? Par contre, certaines autres compagnies acceptent favorablement d'en payer les frais. Et le message qu'on nous transmet, c'est que, lorsque le patient quitte l'hôpital et s'en va à domicile, l'hôpital assume le coût des antibiotiques. Alors, on a comme trois messages en même temps, et c'est un petit peu difficile à gérer.

M. Copeman: Alors, si j'ai bien compris, il est très ad hoc présentement et...

Mme Desrosiers (Gyslaine): On va devoir normaliser dans le cadre de la réforme.

M. Copeman: Oui. Le problème, souvent, avec ces types de difficultés, c'est qu'on parle ici comme si on parlait des termes et des dispositions transitoires, des situations ad hoc. Mais, quant à moi, il ne faut pas oublier que derrière tous ces mots-là il y a des personnes. Il y a des personnes qui ont besoin de soins et qui se voient dans une situation très difficile. Quant à moi, il n'est pas suffisant de dire simplement: Nous sommes

dans une période transitoire. Il faut trouver des solutions à ça, des solutions qui, dans le pratique-pratique, dans le quotidien, touchent à ça.

La Présidente (Mme Leduc): Oui, un moment, M. le député. Oui.

Mme Charest: Mme la Présidente, un point d'ordre. Je pense qu'ici, aujourd'hui, ce que la commission des affaires sociales fait, c'est une consultation sur les coûts des médicaments et ce n'est pas des discussions sur le virage ambulatoire comme tel. Et je pense que, là-dessus, il faudrait revenir à l'objet de notre rencontre, à l'objet de nos travaux, qui est vraiment sur la question des coûts des médicaments et de toute la nomenclature qui en amène une augmentation continue des coûts.

M. Beaudet: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Leduc): Alors, je pense que la...

Mme Charest: Alors, je pense que ce qu'il faut rajouter là-dessus, là, si je peux...

M. Beaudet: Oui, mais ça a été introduit par votre confrère de Johnson, qui a commencé à parler du virage ambulatoire dans sa région. Je pense qu'il faudrait aussi être conscient de ça.

Mme Charest: Je vous rappelle que l'ordre du jour d'aujourd'hui est sur les médicaments.

La Présidente (Mme Leduc): Et je rappellerais aux membres de la commission que j'ai rappelé, au moment de l'intervention de mon collègue de Johnson, qu'il fallait en venir quand même à la question des médicaments. La question présentée par mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce, en tout début, faisait rapport à une affirmation du mémoire présenté par l'Ordre des infirmières et infirmiers. Donc, je pense qu'on a un peu fait le tour de la question dans ce sens-là. Est-ce que ça va, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce?

• (16 h 20) •

M. Copeman: Oui. J'avais une autre question sur un autre élément dans le mémoire, si vous le permettez, Mme la Présidente, et si mes collègues le permettent. À la page 12 du mémoire, vous parlez de mesures systémiques qui peuvent influencer la consommation — si j'ai bien compris votre mémoire — et vous faites référence à un nouvel incitatif qui peut être une formule du «managed care». Je ne suis pas un spécialiste dans le domaine de la santé et, si possible, j'aimerais que vous en parliez un peu plus, de cette formule de «managed care», et comment ça pourrait être un incitatif à une meilleure consommation des médicaments et à un meilleur aspect coûts-bénéfices de la consommation des médicaments.

Mme Desrosiers (Gyslaine): C'est que, présentement, tout le système de santé a des enveloppes séparées. Par exemple, l'argent pour les établissements, c'est une enveloppe. L'argent de la RAMQ, régime d'assurance-maladie, a deux enveloppes: une pour rémunérer les médecins, une pour couvrir les médicaments puis une petite, petite, là, pour certains appareils et prothèses. Mais ce sont des enveloppes indépendantes. La main gauche, ce n'est pas... C'est-à-dire que le gouvernement sait tout ce qui se dépense, mais les effets de synergie dans la façon de dépenser ces argents-là... Alors, si, par exemple, on voulait faire un gain d'efficacité ou d'efficience — d'efficience, ça coûte moins; ou d'efficacité, ça a de meilleurs résultats — le «managed care» va dans le sens de la fusion des enveloppes. Et, à ce moment-là, l'argent n'est pas sur l'hôpital, n'est pas sur le médecin, l'argent est donné à une population donnée. Donc, il y a une fusion.

On prend, par exemple, la population de la MRC X ou la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et on lui donne une enveloppe complète. Ça couvre tout: les médecins, les médicaments et les établissements. À ce moment-là, on appelle ça un financement per capita, et il est ajusté avec des variables actuarielles. Et là où ça a été essayé, ça a eu un effet extraordinaire à la baisse, autant dans l'utilisation des médicaments que dans d'autres dimensions. Parce que, là, vous avez reçu tant par population, et les gens, les «prestataires» de soins, on cherche à mettre la meilleure personne à la meilleure place parce qu'il ne faut pas que notre population assurée devienne plus malade, se détériore ou quoi que ce soit. À ce moment-là, le médicament est vu comme un moyen. Et le fait qu'il soit intégré dans l'analyse qu'on fait, bien, à ce moment-là, il y a des choix plus judicieux qui sont déployés.

Alors, c'est un exemple. Je sais que le gouvernement a commencé à songer à l'idée de fusion d'enveloppes. Ça remet énormément en cause la dynamique actuelle. Peut-être que ça va se faire sur une base expérimentale, mais, définitivement, quand les dépenses sont indépendantes, bien, le contrôle est plus difficile. Mais, comme je vous expliquais, la synergie dans les actions... Et, ça, c'est connu. Si vous êtes dans un CLSC donné et qu'on met de l'avant une action à caractère préventif qui va limiter l'hospitalisation de la même région, ça n'intéresse peut-être même pas l'hôpital parce que, lui, de toute façon, il a été payé tant. Alors, le mode de fonctionnement, il conditionne énormément les pratiques cliniques et la consommation des médicaments dans un cadre comme ça, et là où ça a été implanté, ça a des effets extraordinaires sur le plan de résultats populationnels significatifs.

M. Copeman: Et ça a été implanté où?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ça a été implanté plus particulièrement dans certains pays scandinaves, mais plus particulièrement... Puis là je le sais que vous allez me dire... Je vais nommer les États-Unis, là, c'est l'approche HMO. Il y a la Grande-Bretagne aussi. Mais l'approche HMO, je dirais que, les États-Unis, ils ont à

la fois le meilleur et le pire. Dans les HMO, par exemple, autant pour les HMO qui touchent le Medicare pour les personnes âgées... Toutes les expériences, si vous voulez, de populations captives dans un système, mais qui intègrent l'ensemble de la prestation des soins de première, deuxième et troisième lignes et les médicaments, ont donné des mérites. Il s'agit de s'en inspirer. Mais je vous dirais bien sincèrement, pour donner le mérite, quand même, à des gens au ministère de la Santé, ils ont quand même déjà commencé à se pencher là-dessus. Et ça fait un bout de temps qu'on s'aperçoit que, par exemple, dans un hôpital, si on met de l'avant un programme qui ferait sauver des coûts d'hospitalisation ou bien qui ferait sauver, comment je vous dirais ça, des coûts de médecins, par exemple... Disons qu'on réussirait à mettre de l'avant un programme, là, ça nous ferait sauver deux salaires de médecins, bien, ça n'intéresse pas l'hôpital parce que, lui, il ne les paye pas. Vous savez, ce n'est pas intégré. Les enveloppes ne sont pas intégrées.

M. Copeman: Merci, madame.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Merci, Mme la Présidente. Merci, mesdames, d'avoir accepté l'invitation de la commission de venir à la rencontre de la commission et d'avoir présenté un mémoire. Tout à l'heure, lors de votre présentation, vous avez fait mention — et vous me corrigerez, là, si je fais erreur — que l'Ordre avait fait une évaluation, avait fait une étude concernant les programmes de formation des prescripteurs, des médecins, des infirmières. Est-ce exact?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Nous avons documenté un peu cette question-là, et j'inviterais Mme Paquin à en parler, par exemple.

M. Deslières: Vous en avez fait mention. Oui, j'aimerais ça en entendre un peu plus long sur cette question-là. Dans le fond, dans toute votre introduction, vous interpellez la société québécoise, tous les intervenants et intervenantes. Dans le fond, vous dites que c'est une question de culture et une question de mentalité.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, puis d'organisation, les mécanismes organisationnels.

M. Deslières: Et d'organisation. Et là on y va au niveau de la formation, et tout ça. Et là j'aimerais ça entendre une de vos collègues détailler un petit peu.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Alors, vous voulez avoir une réponse spécifiquement sur la formation des intervenants professionnels...

M. Deslières: Oui, voilà.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...en matière de l'utilisation des médicaments.

M. Deslières: Et des prescriptions.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Marie-Josée.

Mme Paquin (Marie-Josée): J'ai examiné la question concernant les infirmières. Alors, dans le curriculum des infirmières, quand on parle... C'est en matière de consommation de psychotropes. Alors, psychotropes, c'est alcool, tous les produits médicamenteux qui peuvent être prescrits, comme, par exemple, les benzodiazépines, et les drogues de rue. Alors, on parle du champ des toxicomanies, donc la consommation des psychotropes. On sait que la consommation des psychotropes, dans le rapport Langevin, par exemple, on voyait qu'il pouvait y avoir une surconsommation chez les personnes âgées. Le Comité permanent de lutte aux drogues, présentement, est en train d'analyser la question des consommations de psychotropes, et ils sont en train de constater également que, de plus en plus, en dépit de la scolarité et du revenu... Parce que même les gens qui sont de plus en plus scolarisés, avec un haut revenu aussi, ont une consommation de psychotropes de plus en plus élevée; et, si on regarde les enquêtes Santé-Québec, on va dans le même sens. Donc, par rapport à la consommation des psychotropes, ce que je rentrerais là-dedans, c'est: déprimeurs du système nerveux central, stimulants du système nerveux central ou encore les perturbateurs. Donc, ça englobe autant alcool, médicaments et, à ce moment-là, les drogues de rue, les produits illicites.

Chez les infirmières, actuellement, d'après les données que j'ai cumulées auprès des différents programmes existants, il y aurait à peu près peu de formation explicite, par exemple un cours de 45 heures concernant les produits psychotropes. On va aller plus sur, par exemple, les benzodiazépines, les catégories de médicaments qui sont plus particulièrement prescrits. Mais, pour l'ensemble de la problématique globale de consommation de psychotropes au Québec, il n'y aurait pas de curriculum dans ce sens-là. Aux États-Unis, c'est largement documenté. Ils ont identifié l'ensemble des curriculums, et c'est depuis le début des années quatre-vingt-dix, où on a commencé à intégrer des modules, jusqu'à neuf modules, au sein des curriculums de la formation des infirmières, pour assurer, à ce moment-là, l'acquisition de connaissances suffisantes pour qu'elles puissent intervenir autant en salle d'urgence, dans une perspective de prévention, ou peu importe — par exemple, la personne qui arrive intoxiquée à la salle d'urgence, la personne qui est à la maison lorsqu'elle va la voir à domicile, si elle est plus recroquevillée sur elle, isolée peut-être, c'est parce qu'elle prend des médicaments ou des choses comme ça — donc pour s'adapter de plus en plus aux nouveaux enjeux, aux nouveaux défis de la société. Donc, chez les infirmières, il y a cette lacune-là.

Je fais partie d'un comité, à l'Université de Montréal, où on est en train de se pencher sur la question, à la Faculté des sciences infirmières, où on reconnaît que, dans le volet des cours psychiatrie et santé mentale, il y a un minimum de formation qui est donnée aux infirmières, mais qu'elle pourrait peut-être être ajustée à la lumière de la nouvelle problématique dans le champ des toxicomanies au Québec. Alors, les infirmières ont plutôt recours à des cours par intérêt dans le cadre des certificats en toxicomanie qui peuvent se donner par la Faculté de l'éducation permanente à l'Université de Montréal ou à l'Université de Sherbrooke. Les pourcentages, je ne les ai pas eus, mais ce serait autour de 25 %, d'après ce qu'on me dit, et je suis en train d'essayer de les vérifier. Ce n'est peut-être pas nécessairement pour intervenir, mais par intérêt. Et, dans le cadre de la formation de base des infirmières, au niveau collégial ou universitaire, ce serait quelques heures, mais pas un cours complet, qui seraient donnés par rapport à ça.

• (16 h 30) •

Mme Desrosiers (Gyslaine): M. le député, c'est dommage, parce que ça nous amènerait, j'imagine, à une autre commission parlementaire. On pourrait vous parler longuement de toute la problématique de certaines insuffisances en regard de la formation infirmière, mais, si on dépasse cette question-là, il y a eu des initiatives comme L'hôpital sans douleur, qui a été prise à l'hôpital Saint-Luc ou encore même à l'Hôpital général de Montréal. Ça mettait en cause toute l'équipe multidisciplinaire et ça touchait autant les médecins que les infirmières. Et on s'est aperçu que, par exemple, par rapport à l'usage adéquat d'analgésiques ou de narcotiques pour les personnes qui sont très souffrantes, même chez les médecins, il y avait des problèmes dans l'ajustement des médications. Donc, ça demande un effort. Ce n'est pas tout de savoir prescrire le bon médicament. Les personnes ne réagissent pas toutes de la même manière, et il y avait des personnes extrêmement souffrantes qui étaient sous-médamentées. Donc, il y a eu des approches concertées, je sais, à Sherbrooke également. Donc, il y a un aspect de formation et de multidisciplinarité qui est en cause là-dedans.

M. Deslières: Dernière question, Mme la Présidente. Un autre sujet. Vous avez aussi, dans votre présentation, fait référence à l'Organisation mondiale de la santé. Vous nous dites qu'après l'examen de 8 000 médicaments disponibles sur le marché l'Organisation a conclu qu'il y en avait peut-être 450 — j'arrondis les chiffres, là — qui seraient efficaces pour régler l'ensemble des problèmes. Est-ce que vous souscrivez à ce genre d'affirmation? C'est 95 % des médicaments qui seraient à peu près, en tout cas... peut-être pas inutiles là, il ne faut pas charrier les mots...

Mme Desrosiers (Gyslaine): Cette étude-là s'inscrit dans tous les travaux qu'a faits l'Organisation mondiale de la santé pour alléger ce qu'on appelle la prestation de services en première ligne, donc les soins de santé primaires. Et il y a une multiplication incroyable.

Vous avez juste à rentrer dans une pharmacie pour voir la multiplication de tous les médicaments qu'on appelle d'usage courant, en vente libre. Oui, on souscrit. Écoutez, on ne veut pas se déclarer experts nous-mêmes, mais l'analyse qu'on en a faite, on trouvait que c'était intéressant de le mentionner parce que ça peut aider à conjuguer les efforts pour restreindre les coûts et l'usage abusif des médicaments, donc...

Parce que, vraiment, il faut comprendre que, d'après les enquêtes, l'enquête Santé Québec, 85 % du monde est en bonne santé. Je veux dire, il y a les vrais malades, mais il y a les autres. Et, quand on parle d'usage de médicaments en première ligne ou en soins de santé primaires, c'est à ça que l'OMS cherche à s'adresser pour limiter, si vous voulez, peut-être la couverture d'assurance par rapport à certains médicaments, pour éviter leur multiplication.

M. Deslières: Donc, vos recherches, globalement, vous souscrivez à ça.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, parce que ça va...

M. Deslières: Dans les proportions.

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...dans le sens d'avoir une première ligne de soins et de services qui, disons, focuserait davantage sur la santé que l'usage indu de médicaments. Donc, déjà, pour se comprendre, d'alléger la liste, ça aide.

M. Deslières: Merci, mesdames. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui. Mme Desrosiers, toujours dans le domaine de la formation et de l'impact au niveau des médicaments. Nous avons des hôpitaux qui vont fermer, donc il y a plusieurs infirmières qui vont être déplacées ou replacées, on parle de plan de redéploiement. On peut facilement penser qu'il y a des besoins de formation, d'un côté; et, de l'autre côté, on entend aussi qu'il se pourrait — dans les journaux de fin de semaine, là — qu'on veuille arrêter le cours de formation au cégep, le programme de techniques infirmières. Je ne sais pas si vous pouvez nous donner l'heure juste en ce qui concerne votre Ordre et l'impact que ça pourrait avoir sur les médicaments, comme mon collègue de Salaberry-Soulanges l'a souligné tantôt.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Si Mme la Présidente m'autorise à répondre à la question.

La Présidente (Mme Leduc): Dans le sens de l'impact que ça peut avoir sur l'utilisation des médicaments. Ha, ha, ha!

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bon, dans le sens de l'impact. Écoutez, Mme Paquin qui est ici, puis infirmière clinicienne, fait des recherches là-dessus, et on peut assurément vous dire que la formation infirmière ou le rehaussement de la formation des infirmières serait évidemment éminemment rentable pour la province de Québec, dans le sens de contribuer soit à l'utilisation judicieuse des médicaments soit à une première ligne adéquate.

Pensons à Info Santé, il y a toutes sortes de façons de multiplier ça. Il faut que les infirmières sur le terrain aient été outillées pour apporter cette contribution-là à laquelle l'État s'attend. Et, hélas, nous autres, on a 13 000 infirmières aux études en cours du soir pour compenser. Parce que vous savez que, pour faire de la pratique en santé communautaire, c'est un cours supplémentaire à la formation de base. Donc, les infirmières sont obligées, en plus de travailler, etc., de par elles-mêmes aller chercher des années supplémentaires d'études. Donc, on espère toujours que le gouvernement, éventuellement, tranchera en faveur d'une formation initiale suffisante pour rencontrer les défis que... surtout, je dirais, les défis de demain. Je ne veux pas mettre en cause celles qui sont déjà là, mais le système de santé de demain ne sera pas exactement celui qu'il était hier. Et l'enseignement à la population, toujours expliquer, toujours et davantage, comment s'autoprendre en charge, comment mieux gérer sa santé, les infirmières, on pourrait vous mettre sur la table des recherches dans ce sens-là, c'est éminemment rentable.

M. Marsan: Madame, juste en terminant, le commentaire suivant. Vous venez vraiment de nous faire la preuve de l'importance que vous puissiez être écoutées au niveau du comité Castonguay. C'est important, le rôle de l'infirmière, dans toute la problématique des médicaments. J'apprécie également que vous vous soyez déplacées, avec vos collègues qui ont une expertise et une expérience pratique extrêmement importantes et enrichissantes pour nous, députés de cette commission. Et je retiens également les commentaires que vous avez faits sur les risques de dérapage du virage ambulatoire. Je vous remercie beaucoup, Mme Desrosiers.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, sincèrement, ce serait à nous de vous remercier de nous avoir invitées, et...

La Présidente (Mme Leduc): Ce n'est pas terminé, il y a encore des intervenants.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Ah non? Excusez-moi.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Taschereau.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Excusez-moi. Oui?

M. Gaulin: Oui, très brièvement. Il reste jusqu'à 16 h 45. C'est ça?

La Présidente (Mme Leduc): Oui.

M. Gaulin: Il y a encore Mme la députée de Rimouski? D'accord.

La Présidente (Mme Leduc): Oui, si vous ne prenez pas...

M. Gaulin: Alors, très rapidement...

La Présidente (Mme Leduc): ...tout le temps, M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Non. Ça va. Je voulais profiter du fait que l'Ordre des infirmières et infirmiers est là, pour dire que, très souvent, moi, par ma pratique, j'allais dire, de... Je ne suis pas médecin, mais par le fait que je sois allé assez souvent à l'hôpital pour ma famille et tout, vous êtes l'aspect le plus humanisant de ces hôpitaux, qu'on appelle des hôpitaux-Dieu, d'ailleurs, très souvent. Alors, je voulais vous le dire.

Je ne vous inviterai pas nécessairement à la prudence, comme l'a fait le député d'Argenteuil — je sais que c'est une grande qualité des libéraux — mais je serais porté à vous demander, puisque vous avez dit, à un moment donné, dans votre discours, que les médecins étaient sensibles aux lobbies... On a plutôt parlé des lobbies sur la médecine, mais vous avez dit: Les médecins sont sensibles aux lobbies. C'est une chose assez normale, je ne veux pas qu'on s'en scandalise, mais je voudrais savoir comment vous voyez ça.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, peut-être que j'aimerais mieux qu'on parle des infirmières que de parler des médecins. Donc, simplement, notre pratique, notre vécu étroit avec la profession médicale nous a amenées à ce constat-là, et c'est un constat, de toute façon, qui est documenté dans la recherche. Alors, cela étant dit, on n'a peut-être pas besoin d'expliquer davantage. Et c'est peut-être normal, parce que, quand même, l'arsenal pharmacologique, pharmacothérapeutique, est quand même un des outils très importants de la pratique médicale. Et je peux concevoir que se soit établie avec les années, je n'ose pas dire un partenariat, mais une certaine complicité, parce qu'il demeure que, quand même, il y a un lien entre la recherche pharmacologique et la recherche médicale, etc. C'est tout simplement qu'il faut trouver des moyens, dans un système de santé où on vise effectivement la santé, peut-être de rétablir le cap pour ce qui est des soins de santé primaires.

Évidemment, je ne mets pas en cause, à ce stade-ci, ce que j'appellerais les clientèles qui requièrent des soins hautement spécialisés et pour lesquelles il faut avoir un regard complètement différent.

M. Gaulin: Mme la Présidente, rapidement, le lien du lobby, il peut souvent se faire par la promotion publicitaire. C'est très tentant. Ce serait peut-être comme ça qu'on pourrait être plus sensible aux lobbies, à cause de la publicité. Annoncer des choses nouvelles, dans la société dans laquelle nous vivons, c'est toujours plus alléchant que d'annoncer de l'aspirine, qui, pourtant, est un des 450 médicaments les plus efficaces. C'était un commentaire. Voilà.

La Présidente (Mme Leduc): C'était un commentaire. Mme la députée de Chicoutimi... de Rimouski, excusez.

Mme Charest: Bon. Alors, merci, Mme la Présidente. Bonjour, mesdames de l'Ordre des infirmières et infirmiers. Permettez-moi de saluer particulièrement Mme Garon, qui est conseillère à la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, et pour qui, chez nous, c'est une professionnelle de la santé qui est reconnue pour la qualité de son travail et son expertise. Alors, je pense que ça vaut la peine de le souligner.

J'aurais un commentaire à l'effet que, tout à l'heure, quand vous disiez que c'était connu que les médecins avaient des garde-robes pleines d'échantillons de médicaments, moi, je rajouterais que c'est également connu que certains jeunes pharmaciens ont ouvert leur première pharmacie en faisant le tour de certains bureaux de médecins et en ramassant les échantillons pour partir leurs services. Alors, je pense que ça, là-dessus, vous ne nous avez rien appris en disant qu'il y avait beaucoup d'échantillons en circulation et que, là-dessus, il n'y a pas longtemps, c'était encore très présent, autant dans les cabinets privés qu'à d'autres endroits.

Vous avez, dans un autre ordre d'idées, mentionné que l'accessibilité aux médicaments et l'équité, c'était très important pour vous. J'aimerais ça que vous élaboriez là-dessus et que vous nous fassiez voir un peu quel serait le rôle du personnel infirmier à cet égard-là.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Quand on parle d'accessibilité comme telle et d'équité?

Mme Charest: Oui, l'accessibilité et l'équité aux médicaments.

• (16 h 40) •

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien, à ce stade-là, on l'avait surtout fait valoir en termes de systémique, parce qu'on ne veut pas avoir de clientèles qui passent entre deux chaises. Donc, on ne voudrait pas que l'argent soit complètement drainé sur certaines clientèles au détriment des autres. Là-dessus, nous autres, ce qu'on espère tout le temps, c'est que, quand on est dans un établissement de santé, il y ait des mécanismes d'échanges multidisciplinaires qui devraient être hautement valorisés, que ce soit médecins, pharmaciens, infirmières. Alors, moi, j'ai été informée, par exemple, par une infirmière qui travaille en oncologie externe, qu'à un moment donné, du jour au lendemain, elle a vu un

patient arriver avec une pompe autoprogrammable, injectable pour un certain médicament. Ça a donné que, dans l'hôpital, ils avaient oublié de consulter les infirmières en oncologie. Je pense que, dans ces discussions-là, il faut sortir de la dualité médecins-pharmaciens, il faut inviter les infirmières à siéger dans ces instances-là. J'ai des cliniciennes ici qui pourraient faire valoir qu'il y a eu de l'introduction de certains médicaments qui, des fois, peut effectivement soit avoir limité l'accessibilité à certains ou peut-être avoir eu effectivement des impacts pervers. Es-tu en mesure de...

Mme Nadon (Francine): Oui. En psychiatrie, par exemple, la clientèle qui est la plus défavorisée par rapport aux nouveaux antidépresseurs, c'est la clientèle moyenne inférieure; par exemple, une personne qui travaille dans une manufacture, qui n'a pas d'assurance-maladie privée. On ne peut pas donner de nouveaux antidépresseurs parce qu'ils ne sont pas au formulaire. Alors, il faut revenir aux anciens antidépresseurs. Donc, cette clientèle-là est défavorisée par rapport à l'autre.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Il y avait toute l'intervention que tu m'avais mentionnée, concernant les femmes de milieux défavorisés. Il y a un certain soutien à faire pour, justement, limiter la consommation de psychotropes. Donc, l'équité peut aussi être atteinte par des mécanismes alternatifs.

Mme Charest: Oui. Je terminerais par une autre question ou un commentaire. C'est sûr que la pharmacothérapie, ça évolue régulièrement, constamment, de façon très rapide, et vous dites qu'il faut toujours s'assurer de la mise à jour régulière des connaissances des professionnels. Vous qui êtes sur le terrain, vous qui êtes près des patients, vous qui êtes près des prescripteurs et des distributeurs, pouvez-vous me donner une information? Est-ce que, vraiment, les professionnels de la santé sont à jour au niveau de leurs connaissances par rapport aux médicaments qu'ils distribuent, qu'ils prescrivent et qu'ils font consommer aux patients?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Bien là, sincèrement, ça me mettrait en situation délicate...

Mme Charest: Je ne vous demande pas de me nommer...

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...parce que j'ai un collègue, à droite...

Mme Charest: ...un type de professionnel plus qu'un autre, mais, globalement...

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...qui me surveille énormément.

Mme Charest: ...est-ce que les professionnels de la santé sont suffisamment à jour dans leurs connaissances?

Mme Desrosiers (Gyslaine): Excusez. Pardon?

Mme Charest: Je vous dis que je ne vous demande pas de me nommer qui que ce soit...

Mme Desrosiers (Gyslaine): Oui, oui.

Mme Charest: ...ou quelque formation que ce soit, mais je vous demande, en général: Est-ce que les professionnels de la santé sont adéquatement informés et que leurs connaissances...

Mme Desrosiers (Gyslaine): Je vous dirai...

Mme Charest: ...sont adéquatement à jour?

Mme Desrosiers (Gyslaine): ...que la mise à jour est un défi continu. C'est un défi continu et je vous dirai qu'en ce qui concerne les infirmières, hélas, le défi est comme augmenté d'un cran. Quand on travaille aux soins intensifs et qu'ils organisent un séminaire sur l'heure du midi ou à 15 h 15 pour la nouvelle médication de tel type d'analgésie, etc., elles ne sont pas libérées. On n'est plus capable de libérer les infirmières. Donc, là, dans le moment, nous autres, on tourne un peu à vide et il y a un sentiment d'essoufflement marqué. Je ne veux pas victimiser ou insister davantage, mais il faut que vous soyez conscients que, même s'il y a eu des argents de prévus pour de l'éducation continue dans les milieux, on arrive à un point où, à un moment donné, c'est très, très difficile de libérer le personnel sur son temps de travail, et, quand c'est en dehors du temps de travail, la mise à jour est un défi continu. Actuellement, malgré tout, malgré ces conditions-là, je suis fort réconfortée, même si c'est un... Sincèrement, on a quand même, je vous disais tantôt, 13 000 infirmières aux études continues. Donc, ça veut dire qu'elles font un effort. Mais à quel prix? Un prix humain, il y a des coûts sociaux, etc., en arrière de ça, mais ça reste un peu aléatoire. Je vous avoue, là, qu'on n'est pas complètement confortable, l'Ordre des infirmières, dans les mécanismes de mise à jour. On n'est pas tout à fait confortable par rapport à ça.

Mme Charest: Merci, mesdames.

La Présidente (Mme Leduc): Alors, je vous remercie, mesdames, de votre présentation. Je pense que les informations que vous nous avez fournies dénotent que vous êtes bien à même de témoigner à cette commission sur le sujet qui nous concernait aujourd'hui. Je vous remercie, Mme Desrosiers.

Mme Desrosiers (Gyslaine): Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Leduc): J'inviterais l'Ordre des pharmaciens du Québec à prendre place.

(Consultation)

La Présidente (Mme Leduc): J'inviterais les parlementaires à prendre leur siège. Alors, je solliciterais le consentement des membres présents de la commission...

Une voix: Non, mais vous n'avez pas quorum.

La Présidente (Mme Leduc): De toute façon, là... Oui. Je solliciterais le consentement des membres présents de la commission pour modifier l'horaire de nos travaux, pour que la commission entende le Conseil des aînés à 18 heures au lieu de 20 heures et ajourne ses travaux en conséquence. Alors, est-ce que tout le monde est d'accord? Oui, c'est ça.

Alors, nous recevons présentement l'Ordre des pharmaciens du Québec, j'imagine. Alors, j'inviterais Mme Janine Matte, la présidente, à nous présenter les personnes qui l'accompagnent.

Ordre des pharmaciens du Québec

Mme Matte (Janine): Oui, Mme la Présidente. Je voudrais vous présenter, à l'extrême droite, M. Richard Blais, qui est pharmacien propriétaire de la région de Québec et qui est trésorier à l'Ordre des pharmaciens du Québec; et M. Alain Boisvert, qui est le directeur général de l'Ordre des pharmaciens du Québec; à ma gauche, Mme Odette Grégoire, qui est membre du Bureau de l'Ordre des pharmaciens et pharmaciennes d'hôpital à l'hôpital Saint-François d'Assise.

• (16 h 50) •

Je tiens, premièrement, à exprimer mes remerciements pour avoir eu la possibilité de venir vous présenter... et d'échanger avec vous sur des questions qui nous apparaissent si importantes: le coût des médicaments et les services pharmaceutiques. Notre mandat, à l'Ordre des pharmaciens, nous a amenés, au fil des ans, à développer une connaissance approfondie des rouages du monde pharmaceutique, autant au sens large du terme qu'au sens plus pointu et aigu des services pharmaceutiques comme tels, autant auprès du monde des affaires, des milieux gouvernementaux, que du milieu professionnel. Et c'est à ce titre-là que nous sommes ici pour vraiment présenter notre expérience et vous faire partager notre point de vue.

La pharmacie québécoise, elle est particulière et elle se distingue de celle des autres provinces du Canada et aussi des États américains voisins. Elle est reconnue comme un modèle dans les pays européens et elle fait l'envie de beaucoup de pays. Nous recevons très fréquemment des experts des pays étrangers ou des pays européens pour venir voir notre système pharmaceutique, qui est, à bien des égards, très avant-gardiste.

En quoi sommes-nous différents, au Québec? Nous sommes différents, premièrement, par la définition légale même de l'ordonnance, qui est, au Québec, une autorisation de fournir un médicament plutôt qu'un ordre

de fournir; par la définition de l'acte pharmaceutique aussi, qui reconnaît que ce n'est pas seulement la distribution de médicaments mais qu'il y a la constitution d'un dossier pour chaque personne qui reçoit un médicament prescrit, qui définit l'acte pharmaceutique comme étant la remise d'informations autant sur les médicaments prescrits que non prescrits. Nous avons aussi, comme particularité, le Code médicaments, obligatoire depuis déjà un an, qui est un système d'information pour aider à la sélection des médicaments de vente libre au Québec. Et nous avons depuis tout dernièrement, et ce dont nous sommes très fiers, l'espace confidentiel obligatoire pour la remise d'informations sur les médicaments. Par le biais d'ententes, aussi, nous avons l'opinion pharmaceutique, qui est la recommandation du pharmacien suite à l'analyse d'un dossier, recommandation qui est faite soit au prescripteur soit au patient, dans certains cas. Nous avons aussi la reconnaissance du refus de fournir un médicament prescrit. Et nous avons, depuis tout dernièrement, avec le projet carte à puce de la région de Rimouski, l'accès au diagnostic, ce qui, pour nous, était très important pour permettre au pharmacien de poser des actes en toute connaissance de cause. Nous avons donc, à bien des égards, au Québec, une particularité qui semble nous avantager tout particulièrement pour poser des actes pharmaceutiques, pour en amener un meilleur contrôle des coûts et, surtout, une meilleure utilisation des médicaments.

Nous représentons, l'Ordre des pharmaciens, 5 400 pharmaciens québécois, qui agissent comme des intervenants clés dans la distribution des médicaments et l'usage de ces médicaments-là. On n'a qu'à citer la présence des pharmaciens dans les milieux hospitaliers. Je pense qu'ils jouent un rôle très important au sein des CMDP, par exemple, les comités de pharmacologie, où on a développé vraiment des expertises. Et, à cet égard-là aussi, le Québec est un exemple d'intervention et de collaboration entre les professionnels de la santé.

Les soins pharmaceutiques, c'est sûrement un terme que les membres de la commission ont entendu depuis plusieurs mois où on parle de soins pharmaceutiques intégrés pour avoir une meilleure utilisation des médicaments. Je pense que, pour moi, la meilleure façon de vous décrire ce que c'est, les soins pharmaceutiques, c'était de vous apporter chacun un petit sac de médicaments et de vous montrer... Je vais prendre quelques minutes pour vous montrer quand même ce que c'est.

Donc, vous avez, dans vos sacs de médicaments qui vous ont été remis, deux inhalateurs, qui sont des médicaments qui sont prescrits pour être utilisés dans les cas d'asthme, dans les cas de maladies pulmonaires obstructives ou encore, chez les enfants, dans les cas d'hyperactivation bronchique. Vous voyez deux appareils qui peuvent sembler tout à fait faciles d'utilisation, et je vous ai remis à chacun toutes les informations écrites sur les médicaments. En fait, c'est vraiment les conseils les plus complets que vous puissiez avoir sur ces médicaments-là. Mais, lorsqu'on regarde tout ça, on réalise bien, même si on a toutes les informations écrites

— et je vais vous le montrer juste avec ces deux outils-là — à quel point on a besoin des conseils d'un pharmacien, de par la complexité des médicaments et de par la difficulté d'utiliser ces médicaments-là. Donc, on a, par exemple... Je vous inviterais à ne pas utiliser les médicaments parce qu'il y en a qui sont vraiment des substances actives, mais on a aussi des placebos qu'on vous a remis. Alors, vous avez ce qui est le médicament blanc, qui est du salbutamol inhalateur, un médicament bronchodilatateur pour aider à diminuer les spasmes bronchiques. Ce médicament-là doit s'utiliser d'une façon tout à fait particulière et avant le Pulmicort que vous avez à la gauche.

Donc, si vous recevez ces deux médicaments-là, par exemple par la pharmacie postale ou sans avoir de conseils d'aucune façon, vous allez bien voir que, même si vous lisez toute les informations, vous devrez avoir certaines attentions particulières. Imaginez-vous, par exemple, que c'est pour votre enfant que vous avez ce médicament-là. Donc, premièrement, il faudra très bien l'agiter; il ne faudra surtout pas le mettre comme ça pour l'inhaler. Il faudra enlever le bouchon. Ça vous paraît peut-être banal, mais il y a des gens qui s'étouffent parce qu'ils n'ont pas enlevé le bouchon et qu'avec la pression le bouchon entre dans la bouche. Après ça, il faudra très bien l'agiter, ce médicament-là, puisque c'est une bonbonne et que la substance active sera absorbée par le biais du gaz. Suite à ça, une fois qu'on l'aura bien agité, il faudra bien le mettre en position, comme ça, et bien l'inhaler. Pour l'inhaler, celui-ci, il faudra l'inhaler doucement, puisque c'est une molécule qui est à l'intérieur d'un gaz et qu'il faudra lui donner le temps de se rendre dans les poumons. Et, suite à ça, pour savoir si on l'a bien fait, il va falloir se pratiquer. Et, pour se pratiquer, si on n'a pas eu les conseils du pharmacien, bien, on devra se pratiquer seul. On ne saura pas nécessairement que la meilleure façon, ce serait probablement de se mettre devant un miroir et de voir que... si je le fais mal, je vais voir le gaz par le miroir et je vais voir que je l'ai mal absorbé, pour celui-ci.

Quand on arrive avec l'autre, il faudra faire tout à fait l'inverse. Il ne faudra pas l'agiter, puisque c'est une poudre. Il faudra lui faire faire un tour vers la droite et entendre un déclic pour être certain qu'on a la poudre à l'intérieur. Et, celui-là, il faudra l'inhaler très rapidement, puisque c'est une poudre et que la poudre risque de se déposer dans la bouche plutôt que de s'en aller dans les poumons. Donc, vous voyez que, tout de suite, là, on a deux médicaments qui peuvent paraître très bénins, mais qui méritent qu'on ait des informations du pharmacien. Suite à ça, celui-ci, on ne devra jamais le garder à l'humidité, on ne devra jamais le nettoyer avec un coton mouillé ou quoi que ce soit et on devra toujours le garder au sec, parce que, sans ça, l'humidité va diminuer l'effet de notre médicament.

Donc, ce que je voulais vous montrer, c'est que, dans le fond, on a besoin des conseils du pharmacien pour bien utiliser les médicaments. Si, toutefois, on recevait ce médicament-là par la poste — et avec tout le

«managed care» et ce qu'on veut faire, présentement, de la pharmacie, on vous enverrait exactement ce lot de médicaments là, puisqu'on fait la promotion, maintenant, pour fournir aux gens trois mois de médicaments — ce que ça vous coûterait en coûts de médicaments, c'est 175,40 \$, sans savoir si le médicament sera bien utilisé — parce que vous savez comme moi qu'un médicament mal utilisé est encore trop cher. Alors que, si vous en receviez seulement de la même façon avec le pharmacien, ça coûterait 57,80 \$ pour l'État. Donc, je pense que c'est des choses dont il faut tenir compte. Et ce n'est pas les médicaments les plus dispendieux que j'ai choisis, c'est des médicaments courants qu'en pharmacie on remet à tous les jours aux patients, que ce soient des gens sur l'insuffisance de revenus et des personnes âgées. Donc, je voulais quand même bien démontrer le rôle important et primordial du pharmacien dans le contrôle des coûts. Je pense que je n'ai pas besoin de continuer de façon plus exhaustive cette présentation-là, mais je voulais quand même vous sensibiliser à la réalité de ce que c'est.

Maintenant, les principes généraux sur lesquels on est venu parler ici, cet après-midi. Dans le fond, on a sept principes généraux importants. On dit: La pharmacothérapie, les soins de services pharmaceutiques sont des services essentiels et médicalement requis. Je pense qu'on n'a pas à essayer de vous convaincre, aujourd'hui, sur ce principe-là. Et ça nous apparaît évident que les gens ont besoin de services de qualité, mais aussi d'avoir une accessibilité aux soins.

Le ticket modérateur nous apparaît aussi comme pouvant être un frein à des services qui pourraient être médicalement requis. On a bien vu que les tickets modérateurs n'ont pas apporté les effets que l'on recherchait. Et on pense qu'il n'est pas nécessairement correct d'apporter des tickets modérateurs aux médicaments seulement alors qu'on pense aux tests de laboratoire, aux examens de radiologie, à d'autres moyens préventifs... On taxe seulement les médicaments alors que c'est probablement ceux-là qui nous apporteraient des coûts et des économies de coûts dans le système de la santé. Donc, je voulais apporter ça aux membres de la commission, quand même réfléchir sur ce problème-là.

Deuxième principe, c'est que la fourniture de médicaments doit nécessairement s'accompagner des soins et des services pharmaceutiques destinés à un usage rationnel. Eh bien, encore là, c'est un peu la démonstration que je vous ai faite tantôt. Et, plus loin, j'aurai l'occasion de vous parler de la pharmacothérapie initiale, qui est un projet où on voit des économies.

• (17 heures) •

L'accessibilité aux médicaments — le troisième principe — et aux soins pharmaceutiques, c'est quelque chose qui doit être, on pense, universel. Accessibilité et universalité ne sont pas nécessairement synonymes de gratuité, mais il est quand même important de maintenir ces principes-là.

Quatrième principe, la qualité des soins pharmaceutiques doit être considérée comme essentielle et

prioritaire sans égard à l'endroit où sont rendus les services. Ça, ça nous apparaît important qu'on amène un lien entre les différents établissements, que ce soit dans le domaine privé ou dans le domaine public, afin qu'on ait une continuité dans la qualité des services.

Le cinquième principe, la continuité de l'approvisionnement en médicaments et des soins pharmaceutiques doit être considérée comme prioritaire. On a des problèmes majeurs présentement de continuité dans l'information concernant l'utilisation des médicaments. Vous savez, par exemple, quelqu'un qui est hospitalisé, qui a été hospitalisé hier, qui a pu faire pendant quelques jours une réaction allergique à un médicament, il quitte l'hôpital, il s'en vient à la pharmacie communautaire ou chez son médecin, puis il n'y a personne de nous qui a l'information sur ce patient-là. Le médecin même devra attendre quelquefois un mois avant d'avoir le résultat. Donc, on a besoin d'avoir un outil d'information qui va suivre le patient pour nous permettre de donner des soins de qualité. Parce que cette fragmentation-là est un facteur, aussi, d'augmentation des coûts, et ça nous apparaît très important.

Le sixième point, l'approche gouvernementale en matière d'assurance-médicaments doit solutionner les problèmes d'iniquité. La circulaire «malades sur pied», le virage ambulatoire, avec les supposées gratuités de médicaments et tout ça, nous ont causé des problèmes majeurs de continuité dans les services de soins. Et, ça, je pense qu'on se doit de le dire. Les pharmaciens, que ce soit des deux milieux de pratique, communautaire et hospitalier, ont fait face à des problèmes majeurs, et je dois dire, je pense que, à leur bénéfice, ils ont vraiment fait le possible pour aider le système à fonctionner.

Le septième point, les mesures entreprises par le gouvernement en matière d'assurance-médicaments devraient être plus simples à administrer et éviter les complexités bureaucratiques majeures. On parle de virage ambulatoire. Et, quand on regarde les services pour les personnes âgées, par exemple, les gens sur l'insuffisance de revenus, nous ne pouvons pas, par exemple, donner les mêmes services à ces gens-là que nous accordons aux gens de la Société... de la SAQ, par exemple... Ce n'est pas la SAQ...

Une voix: La SAAQ.

Mme Matte (Janine): La SAAQ... quand on pense, par exemple, aux médicaments. Hier, par exemple, j'avais quelqu'un qui quittait l'hôpital, qui avait besoin d'un médicament d'antibiothérapie. J'ai pu le lui offrir parce que la SAAQ reconnaissait le paiement d'une location d'une pompe, la fourniture médicale qui allait avec, les tubulures qui allaient avec. Alors que, si je fais face à un même patient mais qu'il est, lui, bénéficiaire de l'aide sociale ou encore qu'il a 65 ans, je ne peux pas le lui offrir parce que cet organisme gouvernemental ne reconnaît pas le paiement de ces choses-là. Donc, je trouve ça aberrant qu'on soit bloqués dans nos

activités par des considérations administratives. Et je dois vous dire que, souvent, je pense, ça peut amener un refroidissement des pharmaciens à participer de façon plus impliquée.

Les commentaires relatifs à la consommation de médicaments. Premièrement, je pense que, pour nous, c'est important de situer que nous trouvons qu'il y a vraiment une surutilisation, une surenchère des utilisations des statistiques présentement. Quand on arrive avec des pourcentages aussi élevés que «45 % des ordonnances sont inappropriées pour les personnes âgées», c'est un peu inquiétant, parce que je pense qu'on aurait encore plus d'hospitalisations qu'on en a présentement. Alors, moi, je dirais plutôt «sont potentiellement inappropriées ou risqueraient d'être inappropriées». Mais je n'avancerais pas de chiffres de cette nature-là. Et je pense qu'on ne doit pas fonder le prochain système en se basant sur ces chiffres-là, parce qu'on n'atteindra jamais les objectifs visés. Ça, ça nous apparaît vraiment très important.

Il y a des facteurs à l'évaluation du coût des médicaments. Je pense que vous aurez l'occasion probablement de nous poser des questions tout à l'heure.

Les mesures à promouvoir afin d'assurer un usage plus sécuritaire et surtout économique, je pense que c'est ça qui nous a amenés ici. Premièrement, on pense qu'il devrait y avoir des mesures qui touchent la couverture des produits et des soins pharmaceutiques, un contrôle de la qualité des actes pharmaceutiques et le contrôle des coûts. Si on pense aux mesures touchant la couverture en produits et en soins pharmaceutiques, la liste des médicaments nous apparaît comme étant un problème majeur présentement. On a une liste qui est très restrictive. On a une liste, en fait, qui concerne des médicaments; qui ne concerne pas des traitements de patients. Alors, on a enlevé complètement le sens à la liste des médicaments. On en a fait tout simplement une liste administrative, comme une compagnie d'assurances, et très limitative. Et là, nous, lorsque nous nous sommes penchés là-dessus avec la commission Castonguay, nous avons analysé, nous avons réalisé que les compagnies d'assurances importantes au Canada avaient des formulaires qui étaient élargis pour, justement, éviter d'avoir des passages vers des substances très, très chères.

Je vais vous donner tout simplement l'exemple de l'antiacide. Auparavant, on avait un antiacide qui était du Maalox, qui coûtait au pharmacien peut-être 0,50 \$. On a enlevé ça, parce qu'on a dit: On n'a pas besoin de ça, les gens vont se le payer, ce n'est pas cher. Mais qu'est-ce qui est arrivé? C'est qu'on a eu un mouvement vers des substances plus chères. Donc, on a arrêté de prescrire du Maalox et on a donné de la Ranitidine et, maintenant, on est rendu avec du Losec. Donc, il faut vraiment essayer de voir que nos formulaires, premièrement, soient orientés vers le traitement des gens, le traitement de maladies — des formulaires thérapeutiques et non pas juste des formulaires de substances chimiques — et, suite à ça, je pense, avoir une orientation plus de coûts-bénéfices versus les traitements. Ça, ça nous apparaît très important.

Un formulaire aussi qui n'est pas seulement un formulaire pour le... un formulaire pour les hôpitaux et un formulaire pour le milieu communautaire. Je vais vous donner des exemples de ça. Prenons le timbre à la nitroglycérine. C'est certain qu'il y a eu un mouvement des compagnies pharmaceutiques qui produisaient le timbre à la nitroglycérine pour l'introduire dans les milieux hospitaliers, parce que tout commence là. On le sait très bien que le médecin qui est à l'hôpital, qui commence à prescrire sa prescription... Si vous allez à l'hôpital, vous êtes hospitalisé, vous voyez un cardiologue, vous ressortez de l'hôpital et vous dites: Moi, le cardiologue, il m'a prescrit ça, puis c'est bien de valeur, Mme Matte, mais n'essayez pas de m'enlever ça. Puis même le médecin va avoir de la misère à enlever cette prescription-là, même si on est convaincu qu'on pourrait soulager par quelque chose de moins cher. Donc, on dit: Un formulaire unique pour les deux milieux. Il n'y a pas de raison qu'on traite d'une façon un par rapport à traiter l'autre qui est en milieu ambulatoire... Ça, ça nous apparaît important, et on voulait vraiment en parler.

La Présidente (Mme Leduc): ...Mme la présidente, je ne vous ai pas dit que vous aviez 20 minutes pour votre présentation. Je vois qu'il reste quand même plusieurs pages. Il vous reste environ trois minutes, peut-être si vous vouliez aller à l'essentiel.

Mme Matte (Janine): Oui, c'est ça. Il y a un point sur lequel je voulais aussi revenir, c'est les mesures visant la qualité des actes professionnels, parce que je pense qu'on ne peut pas parler de coûts de médicaments sans penser médecins, pharmaciens. Alors, nous, on pense que la Revue d'utilisation des médicaments, c'est un outil essentiel pour les pharmaciens et les médecins afin d'amener un contrôle, une meilleure gestion des médicaments, un meilleur traitement et des coûts aussi qui vont être plus adaptés. Donc, ça, ça nous apparaît important. Peut-être que j'aurai des questions et que j'aurai la chance d'y revenir.

Le contrôle des coûts des médicaments, il y a le contrôle des prix des médicaments, et j'aimerais peut-être qu'Alain parle quelques minutes seulement, une minute, parce que ça m'apparaît important.

M. Boisvert (Alain): Oui, très rapidement. Sur le contrôle des prix des médicaments, des mécanismes sont en place au Canada présentement. Il s'agit de mécanismes fédéraux, comme on le sait, sous l'égide du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Ces mécanismes-là sont en place depuis 1987. Ils ont déjà été reconduits une première fois après examen de la Chambre des communes, et une clause crépusculaire existe qui prescrit un nouvel examen des mécanismes de cet organisme fédéral en 1996. Je pense qu'il sera important que le Québec participe à cet exercice-là, puisque nous sommes directement affectés.

Les mécanismes actuels ont été mis en place principalement pour juguler l'inflation sur le coût des médicaments brevetés, c'est-à-dire qui sont toujours couverts par un brevet. Les statistiques du CEP... du Conseil d'examen du prix démontrent qu'effectivement, au cours des huit dernières années, cet objectif a été atteint. Cependant, nous désirons signaler à la commission que les coûts d'introduction des médicaments demeurent élevés. Même s'ils sont comparables au marché des sept pays industrialisés qui sert de barème en la matière, ces prix demeurent quand même extrêmement élevés.

Également, nous désirons signaler qu'aucun mécanisme ne prévoit, de quelque façon que ce soit, le contrôle des prix, ou même l'examen des prix, et un rapport systématique aux assemblées législatives des provinces concernant les médicaments qui ne font plus l'objet d'un brevet. Or, le coût de ces médicaments-là a eu, lui aussi, tendance à monter, d'une façon peut-être discrète mais néanmoins significative, et ça demeure quand même près de 40 % de l'assiette budgétaire consacrée aux médicaments au Québec.

Donc, il y a lieu de se questionner et peut-être de mettre sur la table la possibilité de méthodes de contrôle des coûts des médicaments plus élargies, qui dépasseraient le cadre des médicaments brevetés et qui feraient en sorte que l'ensemble des médicaments pourraient être considérés à partir du moment de leur introduction en marché à aller jusqu'à... tant et aussi longtemps qu'ils demeurent en marché.

• (17 h 10) •

Mme Matte (Janine): En terminant, je voudrais seulement ramener un point qui nous apparaît aussi important. Ce serait, je pense, de ne pas penser seulement à la substitution générique ou chimique du médicament mais penser à la substitution thérapeutique du médicament, de reconnaître cette possibilité-là aux pharmaciens. Je ne parle pas de le faire de façon unilatérale, mais je pense qu'on devrait, avec la Corporation des médecins, essayer de voir de quelle façon on pourrait établir ces mécanismes-là qui m'apparaissent aussi des mécanismes possibles pour contrôler les coûts et une meilleure gestion des médicaments.

La Présidente (Mme Leduc): Je vous remercie beaucoup. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, Mme la Présidente. Merci à l'Ordre des pharmaciens du Québec. Je trouve que vous nous avez présenté un mémoire étoffé, bien élaboré. Enfin, pour avoir rapidement lu votre mémoire, je trouve qu'il a du contenu, en tout cas.

Je voudrais vous faire un commentaire. Au départ, au début de votre intervention, vous avez dit que vous étiez à fournir maintenant des prescriptions de médicaments sur trois mois. Je suppose que c'est pour sauver le 2 \$ par prescription, surtout chez les personnes de 65 ans et plus, ça. C'est une pratique que vous avez développée au cours de la dernière année?

Mme Matte (Janine): Je trouvais important d'amener ce point-là, parce qu'il y a tout un mouvement dans la société présentement qui fait des pressions pour avoir des médicaments pour des périodes de temps plus longues en pensant qu'on pourrait sauver des honoraires. Je pense qu'il faut bien démêler honoraires et coût du médicament, parce que les honoraires, ce n'est pas la partie la plus...

Mme Charest: Tout à fait.

Mme Matte (Janine): Deuxièmement, on a aussi un phénomène important qui se passe présentement où on a les personnes, par exemple, à qui on donne des médicaments pour deux ou trois mois, surtout pour les gens, entre autres, qui vont en Floride, et ces choses-là...

Mme Charest: Je m'en doute bien.

Mme Matte (Janine): Je pense qu'il faut aussi se reposer cette question-là et savoir, et je ne sais pas si la Régie de l'assurance-maladie a des chiffres là-dessus, mais ce que ça coûte exactement pour l'État. Est-ce que ces médicaments-là sont renouvelés ou pas? Moi, j'ai des journalistes qui m'appellent et qui me disent qu'il y a des trafics, en Floride, de médicaments. On retrouve du Mevacor pas cher, on retrouve toutes sortes de choses. Est-ce que la Régie a des données là-dessus? Nous, on se pose des questions. Mais on ne peut pas dire à un pharmacien: Vous ne donnerez pas les médicaments pour trois mois. Je pense qu'on doit laisser une liberté professionnelle aux gens comme aux médecins qui acceptent de le prescrire pour cette période-là. Je pense qu'on doit, comme société, se poser des questions.

Mme Charest: Je trouve que vous avez des questions très pertinentes et très intéressantes et qu'il va falloir, un jour, y répondre.

Mais j'en reviendrais à ma question principale. J'aimerais ça que vous élaboriez sur ce qui constitue, selon vous, les principaux facteurs qui font que les médicaments, les coûts des médicaments augmentent sans cesse.

Mme Matte (Janine): Bien, là, on a des problèmes de coûts qui sont reliés directement aux substances qui sont de plus en plus nouvelles. Là-dessus, je pense que je laisserais répondre surtout M. Boisvert, qui s'est plus penché là-dessus puis qui a travaillé très fort pour la commission Castonguay pour présenter le mémoire.

M. Boisvert (Alain): Oui. On a voulu, en page 12 de notre mémoire, attirer l'attention de la commission sur les principaux facteurs, et ce sont là des facteurs qui ont été documentés par le Conseil consultatif de pharmacologie. On voit que, d'abord, la hausse du coût est multifactorielle. Il y a un facteur utilisation qui est important, en particulier au cours des cinq dernières

années, comme les gens de la Régie de l'assurance-maladie ont pu vous l'indiquer. C'est le nombre de nouveaux usagers qui est le moteur principal de la hausse des coûts des programmes.

Ceci étant dit, il y a d'autres phénomènes qui sont quand même importants. On a identifié la découverte de nouveaux médicaments, et il y a le coût d'introduction de ces nouveaux médicaments qui est habituellement très élevé, d'une façon générale. Plus le médicament représente une percée thérapeutique importante, plus son coût sera élevé, à tel point que c'est maintenant devenu un problème majeur pour les centres hospitaliers où certains de ces médicaments-là sont utilisés et, également, pour les programmes de médicaments du gouvernement. Donc, il y a un usage, là, légitime de nouveaux médicaments qui n'existaient pas auparavant mais qui représentent un poids financier beaucoup plus considérable et qui n'existait pas auparavant.

Malheureusement, comme on fonctionne dans un système d'enveloppes budgétaires fermées, tout ce qu'on voit au niveau de l'enveloppe budgétaire des médicaments, c'est l'impact haussier de l'introduction de ces nouveaux médicaments. On ne voit pas l'impact bénéfique que ces médicaments-là peuvent sauver dans d'autres secteurs du monde de la santé. On pense, par exemple, à la réduction des coûts de chirurgie ou des coûts d'hospitalisation, qui peut être considérable dans certains cas. Donc, un seul examen de la hausse des coûts des médicaments n'est peut-être pas suffisant. Il reste que ça demeure un facteur important.

Le remplacement de molécules peu coûteuses par des molécules plus coûteuses, ça, c'est un autre facteur qu'on appelle, dans notre jargon à nous, le glissement thérapeutique. Ce glissement-là se fait, malheureusement, vers le haut et non pas vers le bas. Dans certains cas, ce glissement thérapeutique est accompagné d'avantages thérapeutiques, ce qui représente une certaine justification. Mais, dans certains cas, comme Mme Matte a pu l'expliquer tout à l'heure, le glissement thérapeutique est simplement un phénomène qui n'entraîne pas nécessairement une meilleure thérapie, et là, à ce moment-là, il est à mettre au passif de la société.

Enfin, la hausse du coût des médicaments. Comme je l'ai dit tantôt, l'inflation sur les médicaments a été bien contrôlée au cours des sept dernières années, mais il n'en demeure pas moins que le coût moyen des médicaments, le coût moyen de l'ordonnance, au Canada et au Québec, augmente. Les statistiques d'IMS, qui est la meilleure source dans le domaine pharmaceutique, le démontrent clairement. C'est au Québec — et je pense que c'est important que la commission le réalise — que le coût d'une ordonnance est le plus bas de l'ensemble des 10 provinces canadiennes. Mais ce coût moyen a quand même augmenté pour se situer autour de 22 \$ ou 23 \$ présentement.

Mme Charest: O.K. Merci. J'aimerais revenir sur votre mémoire, à la page 10. Vous parlez des mythes qui sont reliés à la mauvaise utilisation et au coût

des médicaments. Alors, vous avez sûrement en tête quelques mythes qui sont liés à la mauvaise utilisation. J'aimerais ça que vous nous en parliez et que vous nous les souligniez. À quoi vous faites référence au juste?

Mme Matte (Janine): Alors, on fait référence, en premier, à certaines études qui sont utilisées et véhiculées au Québec à grand renfort de publicités. Entre autres, que 45 % des ordonnances destinées aux aînés sont inappropriées. Là-dessus, on pense qu'il y en a beaucoup moins que ça, qu'on devrait...

Mme Charest: Qu'est-ce qui vous fait dire ça, vous, madame?

Mme Matte (Janine): L'expérience que nous avons.

Mme Charest: Mais est-ce que vous avez des études qui contredisent ces chiffres-là?

Mme Matte (Janine): On n'a pas nécessairement des études qui contredisent ça, mais, quand on regarde des études qui sont faites aux États-Unis, on arrive avec des chiffres moindres que cela.

Mme Charest: Donc, c'est votre connaissance empirique de la pratique qui fait que vous mettez en doute ces chiffres-là?

Mme Matte (Janine): Oui. Deuxièmement, on a aussi l'Ordre des médecins, qui sont allés, par le biais de l'inspection professionnelle, voir les médicaments qui étaient concernés chez les médecins et qui ont cessé d'aller enquêter parce qu'ils ont vu après quelques mois d'enquête que, finalement, les médications étaient toutes justifiées. Donc, je pense qu'il faut quand même être prudent quand on utilise ça.

Troisièmement, il y a la surconsommation des médicaments chez les personnes âgées. Je pense que, là aussi, on a une surpossession de médicaments. Vous voyez, on peut arriver avec des médicaments, une prescription de médicaments, la médication est fournie pour un mois, la médication est cessée, on en arrive avec une deuxième prescription, et ainsi de suite. Donc, on a vraiment des surpossessions de médicaments. Et, moi, pour avoir fait des visites à domicile, je dois vous dire que c'est très inquiétant quelquefois, parce qu'on sort avec des sacs verts de médicaments qui ont été cessés, et tout ça. Donc, il y a des problèmes comme ça. Mais je pense que de dire: Les personnes âgées surconsommant les médicaments, il faut faire attention. Je pense qu'il faut être plus prudent et dire: Elles ont une mauvaise utilisation des médicaments, ou: On a une surpossession de médicaments. Je pense que c'est plus exact d'utiliser ces choses-là.

M. Boisvert (Alain): Sur la question des deux études — et nous référons plus spécifiquement ici à

l'étude réalisée par la Régie de l'assurance-maladie sur les profils de consommation quotidiens et à l'étude réalisée par le Dr Tamblin et ses associés à l'Université McGill — il s'agissait... Je ne veux pas entrer dans un débat méthodologique, mais les experts en pharmaco-épidémiologie que nous avons consultés là-dessus nous ont mentionné que le devis de ces études-là, le devis expérimental, était extrêmement sensible et relativement peu spécifique. Alors, ce que ça veut dire, si on sort du jargon, c'est qu'on avait des études très sensibles et, donc, un filet avec des mailles très serrées.

Les conclusions de ces études-là ont peut-être été extrapolées. Ce sont des études qui ont beaucoup circulé, et on a peut-être fait dire à ces études-là qu'une ordonnance potentiellement non appropriée — et la Régie de l'assurance-maladie a toujours pris beaucoup de soin à insister sur le «potentiellement» — était une ordonnance non appropriée. L'étude de la Régie était une étude qui signalait des pistes mais sans qu'on puisse conclure de façon très ferme que 45 % des ordonnances étaient inappropriées. Ça veut dire que, sur la base de cette méthode extrêmement sensible, il pouvait y en avoir jusqu'à 45 %. Mais cette méthode-là, cette étude aurait eu besoin d'être complétée par une analyse plus clinique des cas de ces patients-là, et là la cohorte était telle que ça ne s'y prêtait pas. Il y avait une masse de données telle qu'on ne pouvait pas faire une étude aussi détaillée et aussi fine que ça. Dans le cas de l'étude de Tamblin, c'était un peu le même phénomène.

• (17 h 20) •

Donc, on sait et ces études-là nous permettent de dire: Oui, au Québec, l'usage des médicaments n'est pas optimal, et, ça, l'Ordre des pharmaciens ne le conteste pas du tout. Mais, quand on a vu, au cours des deux dernières années, la proportion qu'ont prise les retombées de ces études-là et le fait qu'on a oublié le «potentiellement» dans le cas de l'étude de la Régie pour en conclure, dans beaucoup de milieux, dans les médias notamment, auprès de la population, qu'il y avait une surutilisation massive des médicaments, ça nous a inquiétés, parce qu'il nous apparaît que la surutilisation n'atteint pas les proportions que l'analyse un peu sommaire qui a été faite des deux études en question pouvait laisser penser.

La Présidente (Mme Leduc): Merci.

Mme Charest: O.K. Une dernière question. J'aimerais ça connaître vos suggestions pour vraiment exercer un contrôle des coûts et de la consommation des médicaments, surtout des coûts des médicaments. Vous vous êtes sûrement penchés là-dessus.

Mme Matte (Janine): Oui. Premièrement, on a des pistes de solution, c'est certain. On a, premièrement, la pharmacothérapie initiale qui a débuté avec la Régie de l'assurance-maladie. Il y a une étude qui porte sur les trois mois. En fait, la pharmacothérapie initiale, pour les gens qui ne le sauraient pas, la pharmacothérapie initiale, c'est,

par exemple, pour certains médicaments qui ont été bien identifiés: plutôt que de donner aux personnes âgées un traitement pour un mois, on va faire un traitement d'une plus courte période, d'une semaine, pour faire l'essai thérapeutique et voir si, vraiment, il y a lieu de continuer. Pendant trois mois, il y a eu 1 800 prescriptions concernées par ça; il y a 1 000 prescriptions qui ont été renouvelées et il y en a 800 qui n'ont pas été renouvelées. Ce qui a montré qu'il y avait une raison majeure de pouvoir intervenir dans ce cas-là.

Si on pense, par exemple, à ça, on avait fait une économie de 26 000 \$. Si on dit qu'il y en a 1 000 qui ont été renouvelées, qu'on renouvelle 1 000 fois 7 \$, donc 7 000 \$, on a encore une économie sur trois mois de 19 000 \$, et, ça, c'est pour un tout début d'un nouveau programme où les pharmaciens ne se sont pas nécessairement fait la main à ça. En début, on sait qu'on n'atteint jamais la vitesse de croisière comme on devrait aller. Donc, c'est très positif, cette mesure-là.

Deuxièmement, on a l'opinion pharmaceutique. On voit que, lorsque les pharmaciens la pratiquent, on a un pourcentage d'impact positif — ça veut dire que le médecin suit exactement ce que le pharmacien a recommandé — qui est de l'ordre, dans les derniers chiffres, de 75 %. Donc, ça montre quand même une importance primordiale. Quand on regarde ce que les pharmaciens font avec... c'est-à-dire quel est l'impact sur les coûts, on a des études aussi qui ont été faites par l'équipe du Dr Dumas, à l'Université Laval, et qui montraient que, par exemple, les pharmaciens, dans leurs opinions pharmaceutiques, amenaient... On peut être tenté de dire: Est-ce que les pharmaciens font ça pour eux puis pour augmenter leurs profits? Alors, on voit que les pharmaciens, dans les opinions qu'ils avaient choisies, avaient augmenté les profits... Dans les opinions qu'ils nous avaient faites, il y en avait seulement 4,5 % qui amenaient un revenu supplémentaire et il y en avait 36 % qui amenaient une diminution de leur revenu et 59 % où c'était inchangé. Donc, ça, ça m'apparaît très important de citer ces chiffres-là parce que ça montre bien le rôle que peuvent jouer certains programmes.

Si on regarde les coûts de la Régie de l'assurance-maladie pour ces mêmes interventions là, on avait une diminution de coûts, il y avait 69 % des opinions qui amenaient une diminution de coûts. Donc, ça, c'est important, ces données-là, parce que ça peut nous montrer que, si on avait peut-être nos interventions, ou si on bonifiait des types d'interventions des pharmaciens, on pourrait amener une réduction des coûts, et, ça, ça nous apparaît important.

L'autre piste de solution, je pense que c'est vraiment la révision de l'utilisation des médicaments en milieu communautaire. Je pense que, ça, c'est primordial. Les deux ordres, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens, on est prêts à travailler ensemble. On a vu dernièrement, par la publication, entre autres, de la Régie de l'assurance-maladie, par le biais d'Internet, qu'ils avaient, eux aussi, une orientation beaucoup plus favorable à mettre les ordres professionnels en impact

avec eux pour travailler, faire une collaboration. On espère que c'est la même chose de la part du ministère puis que peut-être que vous autres, les gens de la commission, allez nous aider à pouvoir atteindre ça. Mais ça nous apparaît évident qu'on peut amener une diminution des coûts puis une meilleure consommation des médicaments.

Mme Charest: Oui, monsieur.

M. Boisvert (Alain): De toutes les mesures qui sont proposées dans notre mémoire, celle qui, de l'avis de l'Ordre des pharmaciens, a le plus de chances de résulter en un impact positif, je ne dirais pas à court terme parce qu'une mesure comme celle-là prend quand même une certaine période de rodage, mais à relativement brève échéance, on parle peut-être d'un an ou deux, c'est la Revue d'utilisation des médicaments. Cette Revue-là nous permet de cibler ceux parmi les prescripteurs qui ont besoin d'une intervention correctrice. Elle permet de cibler... D'une façon générale, on fait souvent mauvaise partie aux médecins, mais, dans l'ensemble, les pharmaciens québécois vous diront que le médecin québécois est un prescripteur compétent. Mais il y a, parmi les prescripteurs québécois, des médecins qui dévient de la norme, qui dévient des lignes directrices thérapeutiques, et ce sont ces individus-là vers qui les actions doivent être ciblées.

Or, l'avantage de la Revue d'utilisation des médicaments est qu'elle permet exactement de cibler ces individus qui ont besoin d'une intervention, l'intervention de leur corporation professionnelle. En confiant aux ordres professionnels, également, la responsabilité des contacts avec les professionnels et des interventions auprès du professionnel, on augmente l'efficacité de ces interventions-là, puisqu'elles seront faites par les pairs et non pas par un organisme qui est perçu comme un organisme contrôlant, d'où les discussions qu'on a eues avec la Régie de l'assurance-maladie et avec M. Rochon au cours des derniers mois pour nous assurer que ces interventions-là seraient véhiculées par les ordres professionnels. On a assuré le gouvernement de notre collaboration, de la collaboration des médecins et des pharmaciens, les deux ordres concernés.

L'autre avantage de la Revue d'utilisation des médicaments, c'est qu'elle peut, comme on le disait, être couplée à des mesures d'inspection professionnelle ou de formation médicale et pharmaceutique continue. Donc, lorsqu'on cible un problème chez un médecin prescripteur ou chez un pharmacien — parce que ces problèmes-là peuvent exister aussi au niveau des pharmaciens — l'ordre professionnel peut, par le biais de ses inspecteurs, visiter cet individu-là, échanger avec lui sur la nature du problème, et cette intervention-là, dans la majeure partie des cas, va avoir un effet positif sur les professionnels. Si elle n'a pas d'effet positif, les ordres ont d'autres recours plus rigoureux, ceux-là, plus musclés, mais qui leur permettent de solutionner le problème.

Mme Charest: Merci.

La Présidente (Mme Leduc): Merci. M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Je vous remercie, Mme la Présidente. Tantôt, lors du mémoire que nous avons reçu de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, notre consoeur... D'abord, j'aimerais vous remercier d'être venus présenter votre mémoire, ça va nous être sûrement utile. Ma consoeur avait soulevé le problème des échantillons, disant même que certains pharmaciens débutaient leur pharmacie à l'aide d'échantillons. Est-ce qu'il y en a plusieurs parmi vous qui ont commencé leur pharmacie avec des échantillons qui sont bien étiquetés «échantillon»?

Mme Matte (Janine): Non, je pense qu'il y a une exagération. Vraiment, c'est trop évident, là. Je ne voudrais pas me permettre des choses désobligeantes... Oui. Ça ne se peut pas et ce n'est pas possible non plus.

M. Beaudet: Ce n'est pas possible?

Mme Matte (Janine): Non, vraiment...

M. Beaudet: Les médicaments sont bien étiquetés «échantillon» dessus?

Mme Matte (Janine): Oui, exactement...

M. Beaudet: C'est bien ce dont je me souvenais.

Mme Matte (Janine): ...et je ne vois pas comment on pourrait donner ça et vendre ça à des patients. C'est impossible.

M. Beaudet: Il me semblait bien.

M. Boisvert (Alain): Ceux qui le font, de toute façon... Écoutez, c'est une infraction au code de déontologie des pharmaciens. Il y a déjà eu des pharmaciens qui ont comparu devant notre comité de discipline pour cette raison-là.

M. Beaudet: Vous avez mentionné tantôt le glissement vers... la modification, le transfert thérapeutique. On sait que ça se fait dans certains hôpitaux. Mais, alors que le comité de pharmacie s'est réuni, ils ont décidé ensemble de telles positions. Si je comprends bien, vous favoriserez un glissement ou un transfert thérapeutique dans les pharmacies, dans les officines. Si je comprends bien, c'est ce que vous suggérez. Comment vous croyez que cette notion du transfert thérapeutique va être acceptée par la gent médicale?

Mme Matte (Janine): Je pense qu'on le verrait beaucoup plus dans un niveau peut-être régional, où, à

partir de ce qui s'est décidé au sein de... Maintenant, on parle beaucoup plus de la régionalisation des soins, et tout ça. Je pense que le milieu ambulatoire, les pharmaciens, les médecins vont devoir être intégrés à ça, bien que, là, présentement, ils ne le sont pas encore. Moi, je verrais très bien que, sur un niveau régional, on puisse décider des choses, et ça permettrait une meilleure action et d'avoir une uniformité aussi. Je vais vous donner un exemple. Si un hôpital décide que, lui, il va faire un transfert thérapeutique, par exemple, vers tel type de molécule, que tous les prescripteurs vont commencer à travailler de cette façon-là et qu'on ne dit rien au milieu ambulatoire, qu'on ne dit rien aux médecins en pratique privée ou aux pharmaciens en pratique privée, on laisse deux secteurs aller vraiment, des fois, à contre-courant. Moi, je pense qu'on doit les intégrer. Moi, je verrais ça beaucoup plus, peut-être, au niveau régional. Je ne vois pas que le pharmacien décide ça seul. Il faudra faire des balises, il faudra faire des normes, et tout ça. Et je ne vois pas non plus que ce soit seulement la corporation des pharmaciens. Je vois qu'on le fasse avec le Collège des médecins.

• (17 h 30) •

M. Boisvert (Alain): On s'inspire plus spécifiquement du modèle qui existe dans deux États américains, l'État de Washington et l'État du Wisconsin, où des privilèges de substitution thérapeutique limités sont conférés à des pharmaciens, avec droit de veto du médecin. Alors, la forme que ça peut prendre, c'est que des médecins et des pharmaciens qui travaillent en équipe, dans un milieu...

M. Beaudet: Fermé.

M. Boisvert (Alain): ...relativement fermé, peuvent, sur la base d'un protocole préexistant, s'entendre pour que le pharmacien puisse substituer un médicament d'une catégorie par un médicament d'une autre catégorie, notamment lorsqu'il y a des économies possibles. Le médecin garde son droit de veto. Ça va de soi, parce qu'il s'agit d'une substitution qui a des implications plus grandes que la simple substitution générique. De toute façon, le médecin a un droit de veto sur la substitution générique au Québec. Et on croit que, de cette façon-là, on pourrait atteindre, en milieu ambulatoire, certains des avantages qui sont déjà installés en milieu hospitalier sous l'égide des comités de pharmacologie.

Mais il est évident que, pour l'instant, nous ne proposons pas, là, que cette mesure-là soit appliquée d'une façon généralisée. Il faudrait d'abord, à cause des sensibilités particulières, à cause du fait qu'on ne l'a pas expérimenté dans notre milieu, procéder par voie de projets-pilotes. Mais nous croyons que les pharmaciens, d'abord, sont prêts à le faire, sur le plan de la compétence. Nous croyons aussi qu'il y a suffisamment de contacts entre pharmaciens et médecins pour que ce soit possible d'une façon harmonieuse.

M. Beaudet: Moi, ce qui m'inquiète dans cette situation-là, c'est qu'on va finir par vous envoyer le patient à la pharmacie avec le diagnostic et vous allez donner le médicament, parce que le médecin n'aura plus rien à décider. Si le transfert thérapeutique... Parce que vous connaissez... Il faut comprendre les modes de fonctionnement dans une société. Pour avoir mis le bras ou le bout du doigt dans le tordeur, vous savez que tout va y passer. Et, au moment où on va accepter un transfert thérapeutique, bien, il n'y aura plus de relation entre le médecin et son patient. Le médecin va poser le diagnostic et le pharmacien va donner le médicament.

M. Boisvert (Alain): Oui.

M. Beaudet: Ce n'est pas nécessairement approprié, parce que... Je comprends que les pharmaciens ont aussi un code d'éthique et un code de thérapie qu'ils respectent, dont: Êtes-vous allergique? Êtes-vous ci? Êtes-vous ça? Bon. Mais ils n'auront pas nécessairement accès à toutes les informations de laboratoire, malgré qu'on nous ait dit aujourd'hui que c'était l'ère de l'information, mais on ne les a pas, toutes les informations de laboratoire, exemple, pour un antibiotique. On mentionnait ce matin qu'un antibiotique était moins dispendieux, puis on devrait peut-être le prendre, sauf que ce que le pharmacien ne sait pas, c'est que l'antibiogramme a révélé qu'il était résistant. Lui, il ne le sait pas, ça. Ça, c'est peut-être des éléments importants à soulever, que, dans le transfert thérapeutique, on peut en arriver à avoir des effets très négatifs par rapport aux malades. Puis, au lieu d'avoir une économie, bien, ça va être un coût; puis un coût non seulement sur le plan financier mais surtout sur le plan de la santé de l'individu qui va en subir les conséquences. Ça, ça m'inquiète.

M. Boisvert (Alain): Nous, nous voyons une différence importante entre le modèle de substitution thérapeutique très contrôlé dont il est question ici et la séparation complète du diagnostic et de l'ordonnance et de la prescription. Là-dessus, je vous donne raison. Je pense qu'il n'est pas souhaitable pour le patient qu'il y ait une séparation aussi complète et qu'on fasse de ces deux actes-là deux actes étanches, parce qu'une bonne prescription ça repose d'abord et avant tout sur un bon diagnostic et sur une bonne analyse de toute la situation du patient. Mais il reste qu'une fois que le pharmacien a une ordonnance pour un bêtabloqueur, par exemple, la majeure partie du chemin a été accomplie, à ce moment-là. Lorsqu'il s'agit simplement de sélectionner à l'intérieur d'une catégorie thérapeutique où les médicaments sont quand même assez homogènes, le risque m'apparaît beaucoup moins grand, d'autant plus que le médecin conserverait, dans ce cas-là, comme dans le cas de la substitution générique, d'ailleurs, son plein pouvoir de veto. Alors, s'il y a une situation qui survient, comme celle que vous évoquez, si on a un patient allergique, si on a une contre-indication qui n'est pas apparente, à ce moment-là, le médecin, il garde son plein pouvoir d'interdire que sa prescription soit modulée.

M. Beaudet: Une dernière question, Mme la présidente. Vous avez fait référence tantôt aux prescriptions de gens qui partent en voyage. Je ne connais pas l'ampleur de ce phénomène-là, qui doit être important, puisqu'on dit qu'il y a quelque 200 000 Québécois qui vont en Floride. Là-dessus, ce sont, en grande majorité, des gens âgés. Donc, pour un bon nombre d'entre eux ou d'entre elles, ils ont une médication quelconque — plus on vieillit, plus on en consomme. Est-ce que vous avez une idée des chiffres qui seraient en cause?

Mme Matte (Janine): Non, on n'a pas et on n'a aucune idée des chiffres qui sont en cause.

M. Beaudet: Pas du tout? O.K.

Mme Matte (Janine): On sait que c'est important, mais on n'a aucune idée des chiffres qui sont en cause.

M. Beaudet: Moi, au lieu d'aller vers une prescription de trois mois, comme vous le mentionniez tantôt, puis qu'elle serait peut-être plus économique sur un plan, moi, je vois ça à l'inverse. Parce que, ces gens-là, ils partent avec un bagage de pilules à nos frais pour aller faire fonctionner la Floride. Alors, ils vont faire vivre l'État de la Floride avec nos médicaments qu'on leur paie, une gracieuseté de l'État, du Québec. Ça m'inquiète, ça, de voir ça. Mais, comme je n'en connais pas l'ampleur, je ne suis pas capable de suggérer une solution. Exemple, si on voyage à l'extérieur du Québec, bien, assumez vos frais, que ce soit les frais de santé ou de médicaments. Mais je n'ai pas l'ampleur.

Mme Matte (Janine): Non, nous non plus.

M. Beaudet: Et les personnes qui pourraient nous donner ça, bien, là, c'est vous autres.

Mme Matte (Janine): C'est la Régie de l'assurance-maladie.

M. Beaudet: Mais vous autres non plus... Bien, ils ne le savent pas plus.

Mme Matte (Janine): Non, parce que, nous, on n'a pas...

M. Beaudet: Ils ne le savent pas plus. Ils ne savent pas si ces médicaments-là sont consommés en Floride ou ailleurs, ou au Québec. On n'a pas de moyens de le savoir. Et c'est pour ça que, quand quelqu'un va vous voir puis vous demande pour trois mois puis qu'il reste à côté de la pharmacie, je m'inquiéterais pourquoi il le fait. Mais...

Mme Matte (Janine): Oui. Bon, souvent, les gens vont le dire, mais on n'a pas les chiffres pour amener en évidence comme tel, dire...

M. Beaudet: Vous n'avez même pas une idée?

Mme Matte (Janine): Non, je ne peux pas, vraiment pas. Je pense que ça ne serait pas...

M. Beaudet: Vous n'oseriez pas lancer un chiffre.

Mme Matte (Janine): Peut-être Richard.

M. Blais (Richard): Moi, je pourrais peut-être prendre l'exemple de ma propre pharmacie, ici, à Sainte-Foy. J'ai entre 20 et 25 patients qui s'en vont en Floride, et non pour trois mois, mais plutôt pour six mois, et j'évaluerais le coût total de médicaments à une moyenne, environ, de 2 000 \$ à 3 000 \$ par patient qui part. Donc, je délivre...

M. Beaudet: Ça, c'est une pharmacie.

M. Blais (Richard): Oui. Moi, je délivre...

M. Beaudet: Ça fait 75 000 \$ pour une pharmacie, que l'on paie les médicaments au Québec pour aller favoriser l'économie de la Floride.

Mme Matte (Janine): En tout cas, sans dire que c'est pour favoriser l'économie, mais...

M. Beaudet: Bien, ils s'en vont vivre en Floride.

Mme Matte (Janine): ...on fournit quand même une quantité énorme de médicaments sans savoir comment ils vont être utilisés, sans savoir si les gens vont vraiment en avoir besoin toute la durée du traitement.

M. Beaudet: Mais, quand vous dites favoriser, ce n'est pas... Ça ne génère rien en tant qu'économie au Québec, parce qu'ils vont vivre six mois en Floride. Alors, il n'y a pas de repas, il n'y a pas de restaurant, il n'y a pas d'habillement. D'abord, ils ne s'habillent pas, en Floride, ils sont habillés en été... Ça ne génère aucune économie au Québec, mais ils le font avec notre argent pour aller là avec leurs médicaments. Ça m'éclaire beaucoup.

Mme Matte (Janine): En tout cas, nous, on dit qu'il y a un problème là-dedans.

M. Beaudet: Ça m'éclaire beaucoup, ça. On ne l'a pas, le chiffre global...

Mme Matte (Janine): On trouve qu'il y a un problème.

M. Beaudet: ...mais c'est très éclairant.

Mme Matte (Janine): Oui.

La Présidente (Mme Leduc): Merci. Mme la députée de Blainville.

Mme Signori: Alors, merci de votre présentation. Moi, je pense que je vais le relire à quelques reprises. Moi, j'aimerais que vous me disiez... J'aurais trois questions. En page 8, vous parlez de la simplification des mesures administratives et vous mentionnez la différence de traitement entre, par exemple, une personne qui est sur la sécurité du revenu, une aînée puis, supposons, une victime de l'assurance automobile. Est-ce que vous avez d'autres suggestions dans ce sens-là, pour simplifier, justement, les mesures administratives ou...

Mme Matte (Janine): C'est que, premièrement, quand on regarde... si on pense à la Régie de l'assurance-maladie, par exemple, l'approche qu'ils ont vis-à-vis des médicaments, c'est une approche qui est très limitée par le formulaire, un formulaire qui est très restrictif. Donc, on fait face à une incapacité de répondre à des besoins qui, quelquefois, seraient très simples. Mais, dû à cette restriction-là, on ne peut pas. Je vous donnais l'exemple, tantôt, du patient accidenté d'automobile. Lui, on va pouvoir lui donner sa médication, puis tout ça, puis il va continuer, puis, des fois, il va retourner travailler puis il va faire toutes ses activités. Alors, on ne peut pas le faire. Et, quand on arrive devant la Régie de l'assurance-maladie et qu'on explique ça, bien, on nous dit: Non, on ne peut pas payer ça, ça ne va pas dans les principes, ce n'est pas reconnu comme tel. Donc, on dit: Il y a un problème administratif là qui nous bloque vraiment. Ça, c'est la première chose.

Deuxièmement, on a le formulaire qui est très restrictif, comme je l'ai dit tout à l'heure, donc qui empêche une certaine intégration de tous les soins. Et, quand on pense au maintien à domicile, c'est un des problèmes majeurs, aussi. Donc, c'est surtout ces problèmes-là qu'on a. On a le 2 \$, qui est le ticket modérateur, qui, pour certaines personnes à revenus vraiment très limités, est un frein à avoir certains médicaments. Ou encore, on va pencher plus vers l'obtention des médicaments qui sont plus, on pourrait dire, des médicaments de confort. Je pense aux benzodiazépines, aux tranquillisants, tout ça, versus les médicaments pour traiter une hypertension, les médicaments cardiaques ou... Donc, on a vraiment des attitudes de consommateurs qui font en sorte qu'on est limités par ça.

• (17 h 40) •

M. Boisvert (Alain): La Régie a tendance, d'une façon générale, à effectuer ses contrôles par des contrôles administratifs au niveau de la facturation plutôt que par des enquêtes. La Régie comporte un très petit nombre d'enquêteurs, à l'heure actuelle, qui sont consacrés au programme de médicaments. Elle compense pour ce petit nombre d'enquêteurs — et le petit nombre d'enquêtes, forcément, qui est fait — par des contrôles administratifs beaucoup plus élaborés au niveau de la facturation. Et ça devient extrêmement taillon. Moi, je ne suis

pas en pratique, mais des pharmaciens comme M. Blais pourront vous le corroborer, les règles de paiement de la Régie, les règles de facturation sont devenues extrêmement exigeantes. Et la moindre incartade de la part des pharmaciens entraîne des refus de paiement ou des délais dans le paiement. Évidemment, ce n'est pas le problème de l'Ordre des pharmaciens, ça, c'est un problème qui est plus un problème de relations entre la Régie et les pharmaciens. Mais ça contribue à créer une charge administrative, par exemple, qui peut, à la longue, alourdir le travail en pharmacie et, à notre avis, interférer avec la provision des soins. Le pharmacien n'est pas un cobaye qu'on fait circuler dans un labyrinthe, c'est un professionnel de la santé. Son travail de base, comme l'exemple que Mme Matte donnait tout à l'heure, est d'informer le public sur le bon usage des médicaments. Et, ça, ça requiert du temps. Et, si on passe son temps à des contrôles ou à remplir des formulaires ou à vivre dans un environnement très bureaucratisé, ça finit par avoir un impact négatif sur la qualité des services professionnels.

Mme Signori: J'imagine que vous avez fait vos recommandations à M. Castonguay, quand vous l'avez rencontré?

Mme Matte (Janine): Oui.

M. Boisvert (Alain): Oui, la même recommandation.

Mme Signori: Ma deuxième question. On a parlé tout à l'heure de l'Organisation mondiale de la santé puis du nombre de médicaments qui sont essentiels dans le monde. Moi, j'avais 300 médicaments essentiels dans le monde. Il y a eu un chiffre de 450 qui a été apporté aussi, et que les hôpitaux soignent la plupart des maladies avec 700 à 800 médicaments. Par contre, le marché pharmaceutique canadien fourmille, lui, d'à peu près 19 000 médicaments. Vous ne pensez pas qu'on devrait faire le ménage sur les tablettes un peu? Il doit y en avoir un paquet, dans ça, dont on n'a pas besoin et qu'on devrait éliminer, parce que, ça aussi, je trouve que ça complique un peu quand on fait — excusez le terme anglais — le listing ou le catalogue de cette médication-là. Alors, peut-être que ce serait le temps de faire ça.

M. Boisvert (Alain): D'abord, écoutez, peut-être une précision, là. Quand on parle de la liste de l'OMS avec 400, 450 médicaments, il s'agit de 450 substances médicaments. Quand on parle des...

Mme Signori: Il y en plus que ça.

M. Boisvert (Alain): ...19 000 ou 22 000 médicaments au Canada, il s'agit de 22 000 produits pharmaceutiques. Alors, là-dedans, vous pouvez avoir plusieurs centaines de marques d'aspirine ou d'acétaminophène

qui contribuent à augmenter, évidemment, ce nombre. Alors, il faut faire attention, là, parce que les chiffres, ici, s'ils ne sont pas analysés de cette façon-là, peuvent paraître disproportionnés.

Moi, j'ai quelques réserves sur la référence à la liste de l'OMS. Parce qu'il faut bien comprendre que cette liste de l'OMS est d'abord et avant tout conçue comme un document visant à assister les pays en voie de développement pour l'établissement de politiques relatives à la pharmacie, à la distribution des médicaments. Alors, c'est une liste qui est réduite à sa plus simple expression. Je ne pense pas qu'il soit concevable, je ne pense pas qu'il soit acceptable, dans une société développée comme le Québec, de faire référence à une liste aussi restrictive que celle-là. Je crois que cette liste-là ne répondrait pas à l'ensemble des besoins médicaux, ou médicalement requis, qui sont vus ici, au Québec.

Nos commentaires sur le formulaire vont plutôt dans un autre sens. Nous ne croyons pas que ce soit au niveau de la liste des médicaments qu'on puisse effectuer des contrôles. Contrairement à une idée qui est quand même assez bien répandue dans le milieu de la pharmacie, nous croyons que c'est plutôt par des mesures de contrôle efficaces de type revue d'utilisation des médicaments, par des mesures d'éducation des prescripteurs, des dispensateurs, par des mesures d'information du public, de sensibilisation du public qu'on va réussir à atteindre cet objectif de meilleure utilisation des médicaments. Les listes trop restrictives, comme on a essayé de le faire voir dans notre mémoire, comportent elles aussi des risques, et elles ne sont pas nécessairement synonymes d'une meilleure utilisation des médicaments ou même d'une utilisation plus économique des médicaments. Il y a donc des limites à réduire la liste des médicaments. Une fois que ces limites-là sont dépassées, lorsque la limite inférieure est franchie, à ce moment-là, on génère plus de problèmes qu'on ne génère de solutions, et ça finit par coûter des sommes considérables.

Mme Matte (Janine): Moi, je voudrais peut-être juste rajouter un point, je pense, qui est important. Quand on regarde l'arsenal thérapeutique d'un médecin, il n'y a pas tant de substances que ça, il y en a environ 22 à 30, substances. Donc, je pense que, quand on parle de ces grands chiffres là, il faut essayer de revenir à la clinique. Et ce qui se fait régulièrement, c'est 22 à 30 substances qu'un médecin possède bien et prescrit. Il n'y a pas tant d'essais thérapeutiques, et tout ça, là. Ce n'est pas correct, nécessairement, d'amener des choses comme ça.

Mme Signori: Peut-être que l'Ordre pourrait se donner le mandat, justement, d'information auprès de la population, d'éducation et d'information.

Mme Matte (Janine): Oui. Il y a beaucoup d'éducation, je pense, à faire auprès des...

Mme Signori: Oui.

Mme Matte (Janine): ...personnes âgées. Je pense que, déjà, on veut...

Mme Signori: Mais pas juste les personnes âgées, madame...

Mme Matte (Janine): Non, la population en général, parce que, dans le fond...

Mme Signori: ...parce qu'on est porté à dire ça, là, les personnes âgées.

Mme Matte (Janine): Dans le fond, vous avez tout à fait raison parce que, si on regarde les gens qui sont le moins fidèles à la thérapie, ce n'est pas les personnes âgées, c'est les 40 à 50 ans. Alors, les hypertendus, hommes, de 40 à 50 ans, je vous dis que les hypertendus, vous n'en avez pas beaucoup qui sont fidèles à leur traitement. Donc, c'est là qu'est le problème, ce n'est pas nécessairement les personnes âgées.

Mme Signori: Alors, ma dernière question. Il y a l'ACEF des Laurentides qui a fait une recherche auprès des pharmacies de la région, et la recherche montrait que, dans les pharmacies qui sont situées dans des centres ou des cliniques médicales privées, le coût des médicaments pouvait aller jusqu'à 82 % plus cher. Est-ce que l'Ordre des pharmaciens s'est déjà penché sur cette question-là? Moi, personnellement, j'ai déjà fait l'expérience d'une même prescription achetée dans une pharmacie dans une clinique privée et dans une autre pharmacie à l'extérieur et, effectivement, c'est beaucoup plus cher. Je comprends qu'il y a aussi... On dit, bon: C'est plus pratique, tu sors du bureau du médecin, tu passes tout de suite à la pharmacie, mais parfois je trouve qu'on pénalise une certaine clientèle. On parle des aînés, mais on parle aussi de parents avec de jeunes enfants, qui, eux, avec le petit bébé qui fait parfois 103° ou 104° — excusez-moi, je ne suis pas encore «métrisée», là, je suis encore à l'ancienne méthode...

Mme Matte (Janine): Oui.

Mme Signori: ...c'est pour eux beaucoup plus pratique d'aller chercher la médication tout de suite sur les lieux. Mais est-ce qu'il n'y a pas quelque part une certaine forme d'abus sur ce côté-là? Parce que, faites-le, l'exercice, dans votre région, et je ne serais pas surprise que vous arriviez avec des résultats comme ça.

Mme Matte (Janine): Je n'ai pas pris connaissance de cette étude-là de l'ACEF. Je sais qu'on a déjà eu, à l'Ordre des pharmaciens, des plaintes, entre autres pour une région éloignée, mais, finalement, on avait fait l'analyse et puis les coûts étaient plus cher qu'à

Montréal, si on veut, en région éloignée, mais ce n'était pas une différence de coûts qui était si énorme que ça, puis ces coûts-là étaient justifiables. Maintenant, dans une même place, comme dans la région de Montréal ou de Québec...

Mme Signori: Dans les Laurentides, on n'est pas, quand même, si éloigné que ça...

Mme Matte (Janine): Non, non.

Une voix: ...

Mme Signori: C'est ça.

Mme Matte (Janine): Non, mais je n'ai pas vraiment... Je vais vérifier ça, mais je n'ai pas de réponse pour vous, parce qu'on n'a...

Mme Signori: Vous n'avez jamais entendu parler, là, des... Oui, monsieur.

M. Boisvert (Alain): Moi, je n'ai pas vu cette étude-là, moi non plus. Il faut faire attention avec ces études-là, parce que tout dépend du médicament qui a été choisi et tout dépend du nombre de pharmacies qui ont été visitées. Nous savons qu'il y a une variation entre les pharmacies, ça, c'est indéniable. Ça demeure encore un des derniers marchés privés qui est soumis à des fluctuations qui peuvent être importantes. Et ce que nous disons au consommateur, nous, aux organismes comme les ACEF, c'est que le consommateur est bien avisé de comparer, mais de ne pas comparer que les prix. Il faut aussi comparer le service professionnel qui est rendu dans une pharmacie. C'est certain qu'une pharmacie qui donne un meilleur service professionnel va devoir, pour être capable de demeurer en opération et continuer à donner un service élaboré, charger des prix qui peuvent être supérieurs à ceux d'une pharmacie où le service est réduit à sa plus simple expression.

Alors, on essaie, à l'Ordre des pharmaciens, par le biais de notre inspection professionnelle, de nous assurer qu'un service minimum acceptable est rendu dans toutes les pharmacies. Mais ça ne nous mène pas à contrôler les prix. Alors, le consommateur doit demeurer vigilant à cet égard-là.

Mme Signori: C'est toujours le consommateur, finalement, qui... c'est toujours à lui à faire le fardeau de la preuve.

M. Boisvert (Alain): Bien, le fardeau de la preuve, c'est comme dans d'autres secteurs, je pense.

Mme Signori: C'est bien, merci.

M. Boisvert (Alain): C'est un secteur privé, ce n'est pas un endroit où les prix sont contrôlés, fixés d'une façon centrale. Il y a trop de différences entre la

taille, entre le pouvoir d'achat des pharmacies pour qu'un contrôle aussi rigide que celui-là puisse être introduit. Ça aurait un impact négatif très grand sur des petites pharmacies, et en particulier dans des régions plus éloignées où le bassin de population est moins grand pour supporter une pharmacie.

Mme Signori: C'est bien, je vous remercie.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Robert-Baldwin.

• (17 h 50) •

M. Marsan: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous remercier pour la qualité de votre présentation et le contenu de votre mémoire. Je pense que c'est très intéressant, c'est fait avec beaucoup de sérieux. Je voudrais vous souligner notre appréciation du fait que vous vous êtes présentés devant le comité Castonguay pour lui faire part de vos commentaires. Je pense que c'est extrêmement important qu'un organisme comme le vôtre puisse faire ça.

En attendant qu'on ait un régime d'assurance-médicaments, on vit des situations particulières actuellement, qu'on pourrait peut-être appeler une période de transition. Un exemple. Une patiente qui aurait besoin d'un médicament, le Betaseron, qui soulage la sclérose en plaques, dont le coût, de ce médicament-là, est de 17 000 \$. Je me suis permis d'appeler les chercheurs de l'équipe de Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour savoir si ce médicament-là était vraiment très bon, efficace, et tout. Et ces gens-là ont fait des expertises multicentres, et leur conclusion, c'est que oui. Ce sont des neurologues. La patiente, elle, est obligée d'organiser une levée de fonds. Elle est très jeune et, avec ses parents, sa mère, les gens de son entourage, là, ils ont été capables de lever les fonds et avoir une somme d'argent qui compense les 17 000 \$ jusqu'au mois de juin prochain. En traitant avec les experts médicaux et autres, ils ont rencontré le Conseil consultatif de pharmacologie pour bien leur expliquer le dossier.

Je prends le temps de vous expliquer ce dossier-là, mais c'est la même chose qu'on peut retrouver avec des médicaments qui combattent le sida ou des cas de cancer. On n'a pas notre régime d'assurance-médicaments, et, pour les médicaments qui coûtent très cher, bien, il y a une difficulté extrêmement sérieuse. Nous, nous pensons, là — on est ensemble et vous connaissez bien comment ça fonctionne, le réseau et tout ce dossier-là — qu'actuellement l'accessibilité aux médicaments n'est pas correcte. Il y a vraiment un problème majeur. On espère que le dossier d'assurance le règlera, mais on est en difficulté actuellement puis il y a des gens qui souffrent de ça.

Alors, ma question, c'est: Qu'est-ce qu'on fait pendant cette période de transition? Est-ce qu'on peut vous mettre à contribution ou vous nous mettez à contribution? Qu'est-ce que vous nous suggérez de dire à ces gens-là, qu'on rencontre malheureusement de plus en plus?

Mme Matte (Janine): Je dois vous dire qu'on est sensible à ça parce que, suite à, surtout, les cas qu'on a vus de patients ayant la sclérose en plaques, on a été très... À l'Ordre des pharmaciens, en tout cas, on en a discuté, on pense que, vraiment, il y a probablement une certaine iniquité. Suite à certains experts qui disent que, vraiment, il y aurait lieu, probablement... il y aurait une amélioration... Je pense que, ce qui manque, c'est peut-être d'avoir... Parce que c'est sûr que ce n'est pas pour tout le monde et que tous les gens qui souffrent, si on prend le cas que vous avez donné, de la sclérose en plaques, tous n'ont pas nécessairement besoin de la substance. Mais je pense qu'on devrait former des comités pour essayer de voir de quelle façon on pourrait d'abord rendre éligibles les gens — ça, ça m'apparaît important — et, deuxièmement, voir ceux qui pourraient en bénéficier le plus, et puis voir où, dans notre système, on pourrait essayer d'aller chercher des sous. Quand on regarde, par exemple... On parle, par exemple, pour les médicaments qui sont fabriqués depuis les 15 dernières années et qu'on a 20 000 000 \$ qu'on sait qu'on dépense, là, pour cette mesure-là, est-ce qu'il n'y aurait pas lieu qu'on puisse essayer d'enlever cette mesure-là pour aller chercher des sous pour payer ces choses-là? Nous, en tout cas, ça nous a posé des questions et on s'est interrogés là-dessus.

M. Boisvert (Alain): Je pense que, de tous les problèmes reliés à l'utilisation ou au coût des médicaments auxquels on fait face au Québec, la situation que vous évoquez là représente le problème le plus grave auquel on a à faire face, et c'est vraiment un problème crucial. À une époque où on croit avoir un système de santé, là, qui comble les besoins les plus fondamentaux en matière de santé de la population, on voit des cas comme ceux-là survenir, qui nous rappellent que ce n'est pas vrai dans 100 % des cas. Je pense que l'existence de cas comme ceux-là doit absolument être solutionnée et que la solution passera probablement par une redistribution de la couverture, autrement dit par une redistribution de la contribution des individus. On a des programmes de médicaments, au Québec, qui sont disparates, qui sont basés sur des critères différents: l'un est basé sur la capacité de payer, c'est le programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu; un autre, sur l'âge, sans égard à la capacité de payer, c'est le programme destiné aux médicaments; et un troisième, sur la pathologie. Encore une fois, c'est un programme minable, mais c'est quand même un programme basé sur la pathologie, programme avec lequel vous êtes familier, M. Marsan, c'est le programme circulaire «malades sur pied», qui, lui aussi, est sans égard à la capacité de payer.

Ce que nous proposons, ce que nous avons proposé au groupe de M. Castonguay et ce que nous vous proposons encore une fois ici, dans ce mémoire, c'est d'unifier tous ces critères de définition de base des programmes d'assurance-médicaments sur la seule capacité de payer, de sorte que l'iniquité d'une situation

comme celle qu'on vit présentement, où des médicaments qui ne sont pas essentiels sont fournis presque gratuitement à des gens qui auraient les moyens de se les payer... On parle de certaines personnes âgées dont le revenu est supérieur à la moyenne; ce n'est pas l'ensemble des personnes âgées, ça va de soi, mais il y en a quand même un nombre significatif. Ces gens-là ont accès à des médicaments qui ne sont pas des médicaments de vie ou de mort, et des patients comme la patiente que vous évoquiez, qui est une jeune patiente qui a besoin de ce médicament-là pour pouvoir conserver son intégrité physique, n'ont pas les moyens de se le payer. Alors, je pense qu'une iniquité comme celle-là n'est plus tolérable aujourd'hui, et, si cela doit conduire à des choix douloureux pour certaines catégories, qui ont les moyens, quand même, de faire face à ces choix-là, je crois qu'il faudra les imposer.

M. Marsan: Ma réaction, c'est: Oui, je comprends et je reçois bien, vous l'avez bien indiqué dans votre mémoire, et je pense qu'un régime d'assurance-médicaments devrait corriger ces iniquités-là, ces inégalités. Et, en tout cas, nous autres, on va sûrement suivre ça de près pour que ça le corrige. Mais, entre-temps, qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on dit à cette patiente ou à ces autres patients qui doivent vraiment trouver des fonds qu'ils n'ont vraiment pas et qui ne sont pas éligibles à la circulaire des...

Mme Matte (Janine): Sur pied.

M. Marsan: ...«malades sur pied» parce qu'ils ne sont pas sur la sécurité du revenu, parce qu'ils n'ont pas l'âge où ils peuvent payer 2 \$? Il n'y a pas une espèce de moyen, là, de s'entendre avec votre Ordre, le ministère de la Santé, pour peut-être humaniser un peu plus ceux qui se trouvent à tomber dans une période de transition et qui en souffrent vraiment et que l'on prive, à notre avis, de l'accessibilité à des médicaments actuellement?

Mme Matte (Janine): Oui. Je pense que, nous, en tout cas, on est prêts à rencontrer les gens du ministère et les autres intervenants du milieu pour pouvoir essayer de trouver des solutions à ça, parce que ça m'apparaît qu'il pourrait y en avoir, des solutions, c'est certain, même des solutions de courte durée. Il y a un moyen qu'on trouve des solutions, mais il faut s'asseoir, il faut le regarder. Mais on est disponibles, il n'y a aucun problème.

M. Marsan: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Leduc): M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Oui. Mme la présidente, je vous salue, puisque vous avez votre raison sociale dans mon comté. Justement, dans le comté de Taschereau, j'ai vu,

depuis disons deux, trois ans, disparaître beaucoup de petites pharmacies, qui ont été rachetées à grand prix par des grands cartels, et je me demande, ce qui pourrait être transitoire — je dirais ça au député de Robert-Baldwin — ça pourrait être ça aussi, c'est-à-dire le fait que les gros mangent les petits. Est-ce que ça ne vous inquiète pas, ça?

Mme Matte (Janine): Bien, nous, je pourrais dire, ce qui nous inquiète, c'est peut-être plus la répartition des pharmacies sur le territoire. Si on regarde, moi, j'ai vraiment été, je pourrais dire, surprise de voir le nombre de nouvelles pharmacies qui se sont ouvertes l'an dernier. On a eu, je pense, 60...

M. Boisvert (Alain): Oui...

Mme Matte (Janine): ...près de 60 nouvelles pharmacies au Québec.

M. Boisvert (Alain): ...75, en fait.

M. Gaulin: À Québec?

Mme Matte (Janine): Alors, c'est quand même très surprenant de voir, alors que tous les besoins sont comblés, arriver de nouveaux joueurs comme ça dans le système et de diviser, en fait, les forces, parce que chaque pharmacie nécessite nécessairement trois pharmaciens. Donc, on n'améliore pas nécessairement la qualité, mais on répartit les effectifs, et nos effectifs sont quand même assez restreints. On n'est pas en surpopulation d'effectif, nous, les pharmaciens. Donc, ça a lieu de nous questionner, et on se questionne, à l'Ordre des pharmaciens, là-dessus, parce qu'on essaie de voir quelles sont les justifications pour ouvrir ces nouvelles pharmacies là.

M. Gaulin: Est-ce que c'est au Québec, ça, dans l'ensemble du territoire québécois, les 75 dont vous parlez?

M. Boisvert (Alain): Oui.

M. Gaulin: D'accord. Est-ce que c'est surtout dans les milieux ruraux ou dans les villes?

• (18 heures) •

M. Boisvert (Alain): Non. Comme je tiens le registre des pharmacies, je suis peut-être un peu plus au fait, là, de ces statistiques-là. Le nombre de pharmacies au Québec a été stable presque à l'unité près de 1989 à 1994. En 1995, il y a eu une hausse du nombre des pharmacies assez appréciable, que nous n'attendions pas, d'ailleurs, puisque les conditions du marché, c'est-à-dire les programmes gouvernementaux, les programmes d'assurance-médicaments privés, la consommation en général, la conscience du public vis-à-vis de la nécessité d'une bonne utilisation des médicaments, qui est en hausse, ne laissaient pas présumer une

augmentation si marquée du nombre de pharmacies. D'après moi, c'est un phénomène qui est peut-être transitoire.

Nous savons aussi qu'il y a des pharmacies qui sont en état de précarité, pas nécessairement toujours des petites pharmacies. Dans certains cas, certaines pharmacies de grande surface peuvent elles aussi être précaires. Ce qu'on observe qui est moins visible — ça, il faut vraiment être dans le milieu pharmaceutique pour s'en apercevoir — c'est que le phénomène des pharmacies de grande surface a atteint un certain plafonnement présentement. Ces pharmacies-là ont une vocation de santé et une vocation commerciale distincte, et, du côté commercial, avec la libéralisation des heures d'affaires, avec l'ouverture des magasins à très grande surface, on a une concurrence accrue qui fait en sorte que, souvent, les établissements commerciaux sont moins rentables qu'ils étaient. Il y a donc un certain repli des pharmaciens vers leur raison d'être traditionnelle qui est la pharmacie, ce dont, nous, à l'Ordre des pharmaciens, nous nous réjouissons et qui me laisse sur l'impression, moi, que ce phénomène que vous évoquez a atteint peut-être un certain plafonnement.

Pour l'instant, comme Mme Matte l'indiquait, à l'exception des régions vraiment éloignées, on a une bonne répartition territoriale des pharmaciens. Alors, je pense que la principale préoccupation de l'Ordre en matière de protection du public est rencontrée de ce côté-là. C'est vraiment dans des régions comme le Nord-Ouest, Chibougamau, ou le Nord québécois en général, la Gaspésie qu'on va voir des problèmes de longue distance entre deux pharmacies.

M. Gaulin: Moi, je serais curieux de voir, malgré ce que vous me dites, ce que ça donne dans mon comté. C'est quand même un milieu urbain important. Quand on offre 1 000 000 \$ pour une pharmacie de la rue Saint-Vallier, ce n'est pas parce que la pharmacie va mal, c'est parce qu'il y a des intérêts en jeu, et c'est très tentant pour des pharmaciens de vendre à ce prix-là. Je connais d'autres pharmaciens à qui on a offert à peu près le même montant. C'est alléchant, ils sont à leur carrière à 30 ans. Il doit y avoir des intérêts en-dessous de ça. Moi, ce qui m'inquiète, donc, c'est éventuellement qu'il y ait un monopole.

Et, à cet égard-là, je serais porté à vous poser l'autre question, puisque vous parliez tout à l'heure des prix que l'on paie selon qu'on va dans une grande surface ou une moyenne surface. Là aussi, il faudrait vérifier, c'est un petit peu comme les grands magasins avec leurs spéciaux, mais les prix réguliers sur un tas de médicaments sont peut-être à peu près les mêmes et même meilleurs parfois dans les petites pharmacies. Mais je serais porté à vous demander, M. Boisvert, est-ce que vous accepteriez, à l'Ordre des pharmaciens, par exemple, un prix conventionné des médicaments?

M. Boisvert (Alain): Qu'est-ce que vous entendez par un prix conventionné?

M. Gaulin: Bien, un prix qui est conventionné par un organisme, comme on le fait pour le lait, pour le beurre, pour la margarine. On peut vendre tel médicament entre tel et tel prix, pas davantage, pas moins.

Mme Matte (Janine): Moi, je devrais vous dire que, présentement, on a une forme... C'est par les négociations, en fait, avec le syndicat des pharmaciens propriétaires, qui négocie des prix qu'on appelle usuels et coutumiers. Donc, le pharmacien ne peut pas charger un prix qui est plus élevé que le prix usuel et coutumier qui doit être payé, qui est reconnu comme tel. Donc, ça, c'est déjà une chose qui a été instaurée dans les pharmacies. Peut-être qu'il y a des excès dans certains endroits, je ne veux pas nier ça du tout...

M. Gaulin: Oui, sauf que...

Mme Matte (Janine): ...mais il y a vraiment cette façon de faire en pharmacie, qui est quand même un exercice courant et régulier de la pratique. On a vraiment des prix qui sont ajustés selon des ententes avec les assureurs et tout ça.

Maintenant, il peut y avoir des honoraires qui sont variables selon les services qui sont offerts, c'est-à-dire que, quelquefois, par exemple, si un pharmacien doit faire plus d'interventions ou doit donner plus d'information et tout ça, ça peut justifier qu'il ait un honoraire plus élevé. Mais on ne peut pas dire que c'est la normalité et que c'est ça qui expliquerait la différence de prix si élevée.

M. Gaulin: Moi, je serais porté à vous demander, par exemple... C'est sûr qu'on peut fixer des prix, mais, si on change le nom du médicament, c'est à refaire. Entre 8 000 médicaments possibles et 450 qui sont à peu près, disons, réels, de base, il y a quand même une grande différence. Nous, ce qu'on cherche, comme commission, ici, c'est de faire diminuer le prix des médicaments...

Mme Matte (Janine): Oui.

M. Gaulin: ...d'en rendre la consommation plus rationnelle, de responsabiliser les gens eu égard au fait que, parfois, ils ne paient pas leurs médicaments. Alors, on est très heureux de vous voir là, puisque vous êtes les professionnels par excellence, là.

M. Boisvert (Alain): Mais je vous dirais que, sur cette question-là, s'il doit y avoir un contrôle ferme des prix à tous les niveaux, il doit s'exercer à tous les niveaux. Il ne doit pas s'exercer seulement au niveau du pharmacien, parce qu'une des tendances qu'on voit présentement, c'est que le pharmacien est de plus en plus coincé entre la capacité limitée de payer des consommateurs et des tiers-payeurs et la hausse du coût des médicaments. Alors, le pharmacien est un petit peu

pris en sandwich, si je peux prendre l'expression populaire, entre ces deux réalités-là. S'il y avait trop de rigidité dans ce système de contrôle là, c'est les pharmaciens qui risqueraient d'écoper, puis c'est justement ceux qui sont les pourvoyeurs de services, ceux de qui on attend qu'ils soient un peu les régulateurs de la consommation de médicaments, avec le prescripteur, ça va de soi.

Alors, il y a un risque, et c'est une situation, moi, que je qualifierais de préoccupante. On a eu un pharmacien, lors du dernier congrès des pharmaciens du Québec, qui nous a présenté l'exemple d'un médicament qui s'appelle le Lupron, qui est un médicament extrêmement dispendieux utilisé pour le traitement du cancer de la prostate. Et, ce médicament-là, compte tenu de la nature de la maladie, est souvent donné à des personnes âgées, donc des hommes de plus de 65 ans. L'honoraire du pharmacien était de 7 \$, et la marge payée au grossiste — parce que cette marge-là est un pourcentage du prix de vente du médicament qui était 100 \$ et quelques — qui est un peu un distributeur passif mais qui reçoit le médicament du manufacturier et qui le revend au pharmacien, était de 25 \$.

Alors, pour ce produit-là, celui qui donnait le service, de qui, nous, l'Ordre des pharmaciens, on exige qu'il s'assoie avec son patient, qu'il lui explique comment utiliser son médicament, recevait 7 \$. Un distributeur passif qui, lui, reçoit des quantités de médicaments en grande quantité, les met en inventaire, les conserve en inventaire pendant une certaine période de temps et les redistribue vers des pharmacies, avait, lui, un honoraire quatre fois supérieur pour ce service-là, sans prendre aucune responsabilité professionnelle vis-à-vis du patient, sans avoir un code de déontologie à respecter et sans avoir d'impact direct sur la consommation de médicaments. Alors, il y a des situations comme celle-là qui nous interpellent, et, si on avait un système de contrôle rigide des prix comme celui que vous évoquez, ma crainte à moi, c'est que toute la pression serait sur le dernier maillon de la chaîne, c'est-à-dire sur le pharmacien.

La Présidente (Mme Leduc): Il reste un intervenant, il reste peu de temps. Alors, si vous voulez, M. Gaulin, on va...

M. Gaulin: Si le député de Notre-Dame-de-Grâce permet, c'est qu'on est en train d'essayer de s'en sortir. Il y a le dernier chaînon, là, comme vous dites. Tout à l'heure, les infirmières ont évoqué la solution allemande. Ça pourrait être intéressant pour nous, si ça fonctionne en Allemagne.

Une voix: C'est terrible.

M. Gaulin: C'est terrible? Bon. Alors, écoutez, c'est que les producteurs de médicaments, les pharmaciens, les spécialistes de la santé interviennent à leurs niveaux respectifs pour fixer un parapluie maximum.

Bon. En tout cas, à partir de cette formule-là — ça va rester ouvert, là, comme question — est-ce qu'il n'y a pas lieu de penser à une expérience qui pourrait ressembler à ça?

La Présidente (Mme Leduc): Alors, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Merci, membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Une petite question — peut-être que ce n'est pas si petit que ça — concernant quelque chose qui pourrait ou ne pourrait pas avoir un effet sur la consommation. C'est le ticket modérateur. J'ai lu avec un grand intérêt votre mémoire, pages 34 et 35, où vous en parlez, de l'effet du ticket modérateur, et vous référez à une étude qui a été faite pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui conclut que la tarification, présentement, de 2 \$, a eu peu d'effets sur la consommation réelle des médicaments. Moi, je trouve ça intéressant, déjà, que le ministère de la Santé et des Services sociaux constate lui-même que le fameux ticket modérateur a très peu d'effets sur la consommation.

• (18 h 10) •

Et, d'ailleurs, un peu plus loin, dans cette partie de votre mémoire, vous faites état du fait que vous êtes obligés, quasiment, d'agir comme percepteurs d'impôt, parce que, si on accepte l'idée que le ticket modérateur n'a aucun effet sur la consommation, ou très peu d'effets, il devient, comme vous le citez assez bien, un impôt indirect, et, vous, les pharmaciens, devenez des percepteurs d'impôts. Je trouve ça très intéressant, votre commentaire, également, parce que ça semble avoir, selon vous, un effet sur les relations avec votre clientèle, et vous faites encore une fois référence au fait que vous êtes les seuls intervenants dans le milieu médical, en ce qui concerne les médicaments, qui sont mis dans cette situation. Ce n'est pas le médecin qui est obligé de percevoir des frais, ce n'est pas l'hôpital, ce n'est pas le CLSC, c'est le pharmacien.

Vous le dites très clairement, vous êtes contre, il doit être aboli. Comment réagissez-vous aux propositions dont on a entendu parler, la possibilité d'augmenter ce ticket modérateur là à 5 \$? Ça a été évoqué, sans être capable... Ma boule de cristal ne fonctionne pas si bien avec le Dr Rochon de ce temps-ci, mais il a évoqué une certaine possibilité d'augmenter ce ticket modérateur. Qu'est-ce que vous en pensez, de ça?

M. Boisvert (Alain): Écoutez, une des raisons pour lesquelles on s'est opposé d'une façon aussi directe, là, dans ce mémoire, à la perspective de hausser le ticket modérateur, c'est justement parce que nous croyons que ce serait une erreur de le faire. Si on veut mettre la population à contribution ou une certaine partie de la population à contribution — on parle principalement des personnes de 65 ans et plus dont le revenu le permet — ce n'est pas la meilleure manière. Il y a des façons plus simples, plus efficaces, par la fiscalité. Une

ligne de plus au rapport d'impôts, et ça permet un ajustement fin sur le revenu du particulier. On peut, à ce moment-là, percevoir un montant qui va varier selon le revenu imposable du citoyen. Ça nous permet, d'une part, de dégager les pharmaciens de cette responsabilité-là qui devient très lourde, hein? Ce n'est pas une doléance, là, nous ne venons pas ici nous plaindre qu'on nous a transformés en percepteurs d'impôts pour des raisons futiles. Trois ans après, ça demeure encore un obstacle dans la relation pharmacien-patient, un obstacle non nécessaire.

Mais, en plus de ça, et, ça, c'est notre principale doléance, cette mesure-là est absolument inéquitable. Elle n'a aucun rapport avec la capacité de payer du citoyen. Comme on le disait dans le mémoire, un vice-président de la Banque Royale qui aurait plus de 65 ans et dont le revenu est... — je vous laisse l'imaginer — va payer le même 2 \$ ou, éventuellement, le même 5 \$ ou le même 7 \$ que le citoyen de 65 ans et plus qui a passé les 25 années précédentes sur la sécurité du revenu. Je ne pense pas que ce soit l'approche à favoriser. Il y a une approche fiscale qui est à la fois plus souple, plus facile pour les professionnels concernés et qui pourrait donner les mêmes résultats de revenus.

Comme on sait maintenant que le ticket modérateur n'a pas d'impact sur la consommation au niveau de 2 \$, comme on ne sait pas quel serait l'impact d'un ticket modérateur plus élevé sur la santé — on sait qu'il n'y a pas eu d'impact délétère du ticket de 2 \$, mais on ne peut pas extrapoler cette conclusion-là à un ticket de 5 \$, 6 \$ ou 7 \$; peut-être que, à ce niveau-là, le ticket modérateur aurait suffisamment d'impact pour diminuer la consommation de certains médicaments essentiels sans avoir nécessairement l'impact recherché sur les médicaments non essentiels — à ce moment-là, on ne pourrait pas passer à cette mesure-là sur la base des études dont le gouvernement dispose. Pour toutes ces raisons, nous, nous déconseillons de la façon la plus absolue au gouvernement cette voie-là. Si on veut des gains à court terme, la situation économique l'obligeant, je pense que la solution est la solution fiscale.

M. Copeman: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Merci, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Pardon? Alors...

M. Deslières: Une courte question, 30 secondes.

Le Président (M. Gaulin): Allez-y, M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Juste pour faire référence à ce que mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce vient de vous demander, lorsque le Parti libéral a imposé le ticket modérateur, quelle était votre position? Est-ce que vous étiez d'accord ou pas d'accord?

Mme Matte (Janine): On n'a pas été consulté.

Une voix: On y était opposé.

Mme Matte (Janine): On l'a appris comme le simple citoyen.

M. Deslières: Il n'y a pas eu de consultation, vous n'avez pas été consultés à ce sujet-là?

Mme Matte (Janine): Pas du tout.

M. Boisvert (Alain): Je l'ai appris en lisant *La Presse* le matin.

M. Deslières: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Je ne pensais pas que c'était la question.

M. Copeman: Maintenant que le gouvernement est éclairé sur le sujet, il va prendre des décisions éclairées. C'est magnifique!

Le Président (M. Gaulin): Alors, oui, merci, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Je voudrais remercier nos invités, l'Ordre des pharmaciens du Québec, Mme Matte, la présidente, Mme Grégoire, M. Boisvert et M. Blais. Merci d'avoir...

Mme Matte (Janine): Est-ce que je pourrais demander d'avoir les petites bouteilles avec le brun? Ha, ha, ha!

Le Président (M. Gaulin): On peut demander... Oui. Dans quelques minutes, nous commencerons avec le Conseil des aînés, qui peut déjà s'approcher.

Alors, si vous voulez prendre place. Je souhaite la bienvenue au Conseil des aînés, qui nous honore de sa présence. Je vous remercie beaucoup de venir témoigner devant nous. Je voudrais saluer Mme la présidente, Nicole Dumont-Larouche, et deux membres du Conseil, Mme Claire Frève et puis M. Philippe Lapointe, le président sortant, je pense. Je voudrais vous remercier, aussi, d'avoir accepté de nous permettre de vous entendre maintenant. Ça manifeste beaucoup de souplesse de votre part, et je vous en sais gré, les parlementaires apprécient. Alors, vous avez environ 20 minutes pour nous adresser la parole.

Conseil des aînés

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Alors, je vous remercie, M. le Président, MM. et Mmes les députés. La problématique de la consommation des médicaments chez les personnes âgées figure parmi les préoccupations du Conseil, et ce sujet a fait l'objet de discussions à diverses reprises lors des séances plénières du Conseil.

• (18 h 20) •

La préoccupation du Conseil se situe d'abord au niveau du bien-être de la personne âgée, mais aussi au

point de vue de la perception que semble en avoir la société en général. Très souvent, un discours alarmiste laisse entendre que, en très grande majorité, les aînés consomment de façon abusive des médicaments et qu'ils ont développé une dépendance chronique qui affecte de plus en plus les coûts du système de santé et de services sociaux. Ceci a pour effet d'entretenir chez plusieurs aînés un sentiment de culpabilité qui risque de les convaincre de cesser toute médication. On peut imaginer les conséquences que ce phénomène pourrait avoir sur la santé de ces personnes et sur les coûts additionnels au niveau institutionnel que cela pourrait provoquer.

Ce qui apparaît paradoxal aux membres du Conseil, c'est que, contrairement au discours public qui laisse entendre que les aînés abusent des médicaments, lorsqu'on interroge les aînés ou les associations qui les représentent, la très vaste majorité avoue éprouver une grande réticence face à la prise de médicaments et aux conséquences que ceux-ci pourraient avoir sur leur autonomie physique et mentale. Selon eux, seuls la confiance qu'ils ont envers leur médecin traitant et l'espoir d'une guérison, ou à tout le moins d'un soulagement, les incitent à y recourir. Les aînés disent avoir répété sur tous les tons que, derrière un consommateur de médicaments, il y a un prescripteur. Ils ont la forte conviction de ne pas avoir été entendus. Pourtant, des études laissent voir que 50 % à 75 % des visites dans un cabinet de médecin donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament.

Le large débat entourant la problématique de la consommation de médicaments chez les aînés semble relativement nouveau. Les rapports de deux grandes commissions d'enquête sur les services de santé et les services sociaux menées au niveau du Québec à la fin des années soixante et quatre-vingt en font peu ou pas état. L'enquête Santé Québec de 1987 révèle que les aînés présentent plus de problèmes de santé que le reste de la population, soit 2,3 problèmes par personne âgée de 65 ans et plus contre 1,1 problème pour l'ensemble de la population. L'enquête révèle également que près d'un Québécois sur deux prend au moins un médicament sur une période de deux jours. La proportion augmente avec l'âge, passant de un sur trois chez les jeunes à trois sur quatre chez les plus âgés. Les aînés, ayant plus de problèmes de santé, utilisent par conséquent plus de médicaments.

L'enquête conclut à ce sujet, et je cite: «Les comportements au niveau de la consommation des médicaments laissent songeur, en particulier chez les femmes et les personnes âgées et pour certaines catégories de médicaments, dont les tranquillisants et les analgésiques. En dehors de campagnes d'information relativement discrètes, peu a été fait pour tenter de rendre plus judicieuses la consommation et la prescription, même auprès des clientèles assurées par le ministère de la Santé et des Services sociaux — personnes âgées et bénéficiaires de l'aide sociale.» Fin de la citation.

En effet, ce n'est qu'au début des années quatre-vingt-dix que ce sujet a fait l'objet d'études précises, de

colloques ou de forums accessibles à la population en général. Certains diront que la gratuité des médicaments, qui s'étendit à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus en 1977, est le facteur qui a contribué à augmenter la consommation des médicaments chez celles-ci. Aucune donnée significative ne peut nous permettre d'établir des comparaisons entre la période de gratuité et de non-gratuité.

Le recours important à l'institutionnalisation à cette époque constitue peut-être un indice. On rapporte que, principalement chez les personnes qui sont maintenant âgées de 80 ans et plus, très peu d'entre elles consommaient des médicaments. Elles vivaient à l'époque où les gens se soignaient eux-mêmes et ne faisaient appel au médecin qu'en dernier recours. Il semble que l'avènement des antibiotiques, avec leurs effets curatifs concluants, ait eu un impact important sur la confiance que ces personnes ont accordée par la suite aux médicaments.

Les facteurs reliés aux problèmes de consommation. Il faut toutefois se rendre à l'évidence que les dépenses affectées au programme de médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec destiné aux personnes âgées ne cessent d'augmenter. Ce phénomène peut s'expliquer par le vieillissement et l'allongement de la durée de la vie qui entraînent inévitablement l'augmentation du nombre de personnes affectées par des limitations d'activités et des problèmes de santé chroniques, qui doivent recourir à une médication de plus en plus coûteuse.

Pour le Conseil, ces facteurs ne sont pas les seuls qu'il faille prendre en compte dans l'analyse du phénomène de consommation de médicaments chez les aînés. Les conditions de vie et les habitudes de vie qui ont été le lot de ces personnes avant d'en arriver à la retraite ont nécessairement eu des conséquences sur leur état de santé et, par conséquent, sur leur consommation actuelle de médicaments. La littérature et la mémoire collective des aînés nous rappellent qu'un bon nombre d'entre eux ont travaillé dans des conditions que l'on qualifierait d'intolérables, voire d'inhumaines, aujourd'hui. Les programmes de santé et de sécurité au travail de même que les organisations de défense des droits des travailleurs étaient pratiquement inexistantes à cette époque. Ils consacraient beaucoup plus d'heures-semaine au travail afin de se procurer un maigre revenu qui leur permettait à peine de faire vivre leur famille nombreuse. Plusieurs d'entre eux arrivaient à l'âge de la retraite usés par le travail.

Il faut se rappeler également que, avant les années soixante, l'État intervenait très peu dans la vie des gens. Ce n'est qu'à cette époque que sont apparues les politiques sociales assurant aux citoyens les droits à l'éducation, à la santé, à un revenu minimum et au bien-être. Lorsque la maladie frappait dans une famille, c'était souvent la catastrophe. Plusieurs se voyaient littéralement ruinés financièrement par la maladie. À titre d'exemple, en 1964, seulement 43 % des gens avaient une police d'assurance-maladie, et, parmi ceux-ci, ces 40 % là, 20 % comptaient sur une couverture

complète. La Loi de l'assistance publique protégeait les très pauvres, les autres étaient laissés à eux-mêmes.

Les habitudes de vie ont également influencé les problèmes de santé que plusieurs aînés éprouvent aujourd'hui. Pour n'en citer que quelques-unes, rappelons les conditions précaires d'hygiène du temps, les habitudes alimentaires, la prévention qui n'en était qu'à ses balbutiements et la médecine qui a fait d'énormes progrès depuis. S'il est vrai qu'on ne peut agir sur les habitudes de vie antérieures ni sur le processus du vieillissement, il n'y a pas lieu de tirer de conclusions alarmistes pour les prochaines générations d'aînés. De meilleures conditions de vie jointes à de meilleurs modes de vie pour les aînés de demain contribueront à diminuer les problèmes de santé et, par conséquent, les coûts reliés à la consommation de médicaments. Tous les intervenants du milieu de la santé s'entendent pour dire que la prévention doit s'inscrire très tôt dans la vie des individus. Selon le Conseil, elle doit être renforcée maintenant, et rapidement, dans la vie de la prochaine cohorte d'aînés.

Le profil de la personne aînée consommatrice. Le problème relié à la consommation des médicaments est fort complexe et il doit faire l'objet d'une attention particulière et réfléchie afin que l'exercice de rationalisation des coûts qu'il génère n'entre en contradiction avec les énoncés en matière de santé et de bien-être formulés au niveau québécois. Il est primordial que la santé des aînés vulnérables ou fragilisés par la maladie soit préservée. Cela ne veut toutefois pas dire qu'il n'y a pas lieu de s'interroger sur la question afin de trouver des solutions qui permettront de réduire non seulement les problèmes reliés à une mauvaise utilisation des médicaments, mais aussi leurs coûts prohibitifs. L'augmentation des dépenses en médicaments est reliée en partie à l'accroissement de la population âgée, mais la plus grande partie est due au transfert de thérapie vers des médicaments beaucoup plus coûteux, à la hausse des prix exigée par les fabricants et à l'extension de la durée des brevets.

• (18 h 30) •

Plusieurs études en gérontologie évoquent la déficience dans la formation des médecins et des pharmaciens en gérontologie et en gériatrie. On fait allusion, entre autres, aux professionnels qui accordent trop d'importance à l'organe malade plutôt qu'à la personne, qui tiennent peu compte des facteurs sociaux et qui connaissent peu ou pas les thérapies alternatives qui offrent d'autres solutions que le recours aux médicaments. Dans le domaine de la gérontologie, certains voient la consommation des médicaments dans un concept appelé «les trois P»: peine, pilules, plaisir. La personne éprouve une douleur ou un malaise, un médicament lui est prescrit, un soulagement s'ensuit. C'est magique! Bien sûr, la réalité est tout autre. Plusieurs personnes de tous âges ont encore tendance à croire qu'il existe un remède à toute maladie et que celui-ci peut donner la santé. Il arrive que certaines personnes, à la suite d'une visite chez le médecin, mettent ses compétences en doute si ce dernier ne leur a prescrit aucun médicament. Certains

vont même jusqu'à multiplier les visites chez un ou plusieurs médecins afin d'avoir gain de cause. D'autres vouent une confiance illimitée aux professionnels de la santé. Ils sont impressionnés par les longues études qu'ils ont effectuées, par le statut social et par le langage hermétique qu'ils utilisent.

Un survol des actes du colloque sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées tenu en 1993 nous amène à réaliser qu'il y a bel et bien un problème de consommation de médicaments chez plusieurs aînés. Dans certains cas, on parle de surconsommation, mais il semble que le problème se situe principalement au niveau d'une mauvaise consommation, très souvent reliée à une information inadéquate. On parle de sous-utilisation résultant de la non-fidélité ou de l'abandon du traitement, d'échange de médicaments avec un membre de la famille, de non-consultation devant un problème de santé qui perdure et de l'utilisation de médicaments en vente libre.

Nombre d'études ont démontré l'incidence croissante des effets indésirables des médicaments chez la population des aînés. Il ressort que ce n'est pas l'âge, mais bien la difficulté pour un médecin d'isoler l'impact d'un médicament, surtout avec la concomitance de diverses pathologies associées à d'autres médicaments utilisés, prescrits ou non, qui rend l'aîné plus vulnérable.

Dresser un portrait des aînés consommateurs de médicaments s'avère très difficile. Les repères dont on dispose sont des études, des rapports, des enquêtes. La disparité de la méthodologie utilisée rend l'exercice très complexe, compte tenu de la diversité des informations. Nous disposons de données sur les médicaments prescrits, mais nous ignorons s'ils sont tous utilisés. Très peu de données sur les médicaments en vente libre sont disponibles. L'enquête Santé Québec révèle que, chez les 65 ans et plus, 23,4 % en 1987 et 32,4 % en 1992-1993 déclaraient avoir consommé des médicaments non prescrits, au cours des deux jours précédant l'enquête. Est-ce que l'on tient compte des suppléments alimentaires — les vitamines — des produits homéopathiques ou des produits naturels dans la recherche du profil des consommateurs?

«La politique de la santé et du bien-être», publiée en 1992, se donnait comme sixième objectif de réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours. Selon ce document, les recherches récentes révèlent que les personnes âgées et les femmes de 35 à 64 ans sont susceptibles d'abuser de médicaments psychotropes. Les médecins prescrivent davantage de médicaments, surtout des tranquillisants, à ces mêmes personnes. Le document spécifie également qu'il n'existe pas d'explication unique au phénomène de la consommation et de la surconsommation de psychotropes. La substance, les modalités de son usage, l'état physique ou mental de l'utilisateur et le milieu où il consomme sont autant de facteurs qui influent sur les effets et les conséquences de la consommation d'un psychotrope.

Selon une étude de l'Université McGill, au Québec, en 1990, 45,6 % de la population âgée a eu une ordonnance potentiellement non appropriée, qu'on appelle OPNA. On a l'impression que c'est vraiment pour nous perdre dans le détour, parce que «potentiellement non appropriée», est-ce que ça ne veut pas dire une ordonnance dangereuse? Pour sa part, le comité d'analyse de la Régie de l'assurance-maladie du Québec rapportait que 17 % des personnes âgées ayant au moins une ordonnance active lors de la journée retenue pour l'étude disposaient, en 1991, d'au moins une OPNA. Il va sans dire que les effets négatifs de plusieurs médicaments se reflètent sur le taux d'hospitalisation des aînés. D'ailleurs, selon l'Organisation mondiale de la santé, ce phénomène est responsable de 10 % à 20 % des hospitalisations gériatriques. D'autres études révèlent que les problèmes de médicaments chez les aînés peuvent être responsables de près de 76 % des réhospitalisations.

Récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait «L'évaluation de l'impact de la tarification des médicaments sur le profil de consommation des personnes âgées». Les résultats de l'étude montrent une faible variation de la consommation des quelque 700 000 personnes âgées du Québec qui étaient touchées par une tarification de 2 \$ par ordonnance. Alors, dans le rapport, on parle de 700 000 personnes. Mais il faut se rappeler qu'il y a près de 413 791 personnes au Québec qui reçoivent le supplément de revenu garanti. Alors, il faut les soustraire du 700 000 que le rapport de la RAMQ donne. Alors, on disait qu'ils étaient touchés par une tarification de 2 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de 100 \$ par année. En conclusion, l'étude affirmait que la tarification a eu peu d'effets sur la consommation réelle de médicaments. Le fait que les personnes consommant de fortes quantités de médicaments, donc présentant probablement des problèmes de santé chroniques, et plus graves, ont peu réagi et que la réaction n'a pas été plus importante d'une catégorie de médicaments à l'autre nous amène à privilégier l'hypothèse d'un très faible impact sur l'état de santé des personnes âgées. Et je citais toujours la RAMQ.

Pour le Conseil des aînés, une hausse importante de la tarification pourrait avoir des effets négatifs sur la santé et le bien-être de plusieurs aînés, considérant que, pour l'année 1991, le revenu disponible moyen chez ces personnes se situait à 14 336 \$ par année, soit 12 022 \$ chez les femmes et 17 613 \$ chez les hommes. On peut présumer que plusieurs personnes aînées diminueraient ou cesseraient tout recours à la médication et risqueraient de se retrouver rapidement dans le réseau institutionnel.

En conclusion, le Conseil des aînés est conscient que le contexte économique difficile et l'état des finances publiques interpelle toutes les générations et que celles-ci devront fournir des efforts importants pour sauvegarder le système de santé et de services sociaux du Québec. La stratégie d'action proposée par le minis-

tère de la Santé sur l'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées, qui se voulait la suite logique et attendue des propositions d'action formulées lors d'un colloque tenu sur cette thématique en mai 1993, contribuera certainement à diminuer les coûts reliés aux médicaments. Dans cette perspective, le Conseil juge essentiel que la stratégie continue de miser sur les actions d'éducation, d'information et de responsabilisation de tous les groupes concernés: les aînés, les médecins, les pharmaciens, les corporations professionnelles, l'industrie pharmaceutique et les universités.

Le Conseil des aînés croit que la mesure du plan d'action qui projette de réaliser au niveau provincial une campagne de sensibilisation en étroite collaboration avec les groupes cités plus haut devrait être réalisée le plus rapidement possible. Cette campagne médiatique devra sensibiliser, éduquer et responsabiliser tous les intervenants. Au niveau de la personne aînée, elle devra l'inciter fortement à interroger son médecin et son pharmacien sur la nécessité du médicament prescrit, sur les effets négatifs qu'il peut provoquer et sur les autres thérapies alternatives existantes. Elle devra l'inciter également à informer son médecin sur tous les autres médicaments, prescrits ou non prescrits, qu'elle consomme et sur la fréquence de consommation. Elle devra aussi l'inciter à demeurer fidèle au traitement et à consulter son médecin si un problème survient avant d'abandonner le traitement. Elle devra l'inciter à développer de saines habitudes de vie et à participer à des activités sociales, physiques, culturelles et sportives. Cette mesure, ajoutée à toutes les autres mesures proposées dans le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux, contribuera certainement à améliorer la santé et le bien-être des aînés en amenant ceux-ci à faire un usage judicieux, approprié et sécuritaire du médicament. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Gaulin): Merci, Mme la présidente. Je donne la parole au député de Robert-Baldwin.

• (18 h 40) •

M. Marsan: Je vous remercie de la qualité de votre présentation, mais, peut-être, ce qui retient notre attention aussi, c'est toute la dimension humaine que vous avez mise dans votre mémoire. Vous nous ramenez aux sources. Aussi, vous parlez de la relation privilégiée entre le médecin et son patient. En tout cas, je pense que c'est un point important. Vous nous parlez également du surconsommateur, mais aussi du prescripteur. Je pense que les torts ne sont pas tous à la même place, et vous nous le soulignez de la bonne façon. Je pense aussi discerner que vous êtes en accord avec l'éventualité d'avoir un programme d'assurance-médicaments universel au Québec. En tout cas, je le déduis, vous pouvez me corriger. Et, dans cette hypothèse-là, la question que je voudrais vous poser: J'aimerais savoir si, pour les aînés qui ont une capacité de payer, vous seriez d'accord à ce que ces gens-là puissent contracter des assurances privées, donc ils ne seraient plus à la charge de l'État pour leurs médicaments.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): En fait, le Conseil des aînés ne s'est pas prononcé sur cette question. Ce qui est important, pour le Conseil, c'est quand même de sensibiliser les décideurs au niveau de revenus des aînés. Tout à l'heure, j'écoutais quand on parlait des voyages que les personnes âgées font en Floride, et tout ça. Il faudrait voir dans quelles conditions les aînés font ces voyages. Il faut se rappeler que nos hivers rigoureux séquestrent nos aînés à la maison. Dès qu'il y a une petite pluie verglaçante, une neige, on connaît le taux de fractures de la hanche chez ces personnes âgées là. Quand on regarde le seuil de faibles revenus pour 1994 — la source est de Statistique Canada — qui est de 16 511 \$ en milieu très urbain et de 11 410 \$ en milieu rural, et qu'on regarde les revenus disponibles moyens des aînés, de 17 613 \$ pour les hommes et de 12 022 \$, donc une moyenne de 14 336 \$, déjà, ils sont à 2 000 \$ en bas du seuil de pauvreté dans une région très urbaine. Alors, évidemment, ça interpelle les aînés.

Le Conseil des aînés, dans toutes les décisions qu'ils prennent autour de la table, ils sont très rigoureux. Ils ont un œil très avisé sur les autres générations aussi. Moi, j'ai été drôlement étonnée de voir la rigueur de ces personnes-là et la responsabilisation qu'elles ont vis-à-vis des autres générations. Mais, évidemment, une tarification, on s'y attend. On n'a pas eu encore à se prononcer en tant que tel, à dire: Est-ce qu'on est en faveur ou pas? Ce qui est important pour les personnes qui vont décider, pour le législateur, c'est de voir à quel niveau ça va se faire et quelles personnes on va viser.

Il y a 4,7 % des aînés du Québec qui ont des revenus supérieurs à 40 000 \$ par année. Le pécule qu'ils ont amassé, ils vont toujours en chercher. Ce qui sort ne rentre plus. Il faut toujours penser à ça. Et l'allongement, aussi, l'espérance de vie qui augmente fait en sorte que ces personnes-là vivent de plus en plus longtemps. En 1931, on n'entendait pas ça, des gens qui prenaient leur retraite, personne ne mourait en situation de retraité. L'espérance de vie était de 57 ans, à ce moment-là. Alors, maintenant, on voit que ça se prolonge. Alors, c'est des personnes dont on a le souci d'être capable de préserver. Elles sont capables de faire leur part des choses, elles sont capables de le faire, mais elles veulent que ce soit juste et équitable.

Le Président (M. Gaulin): M. le député d'Argenteuil, M. le député.

M. Beaudet: Je vous remercie, M. le Président. J'aimerais vous remercier d'avoir bien voulu accepter notre invitation de venir partager avec nous vos inquiétudes quant au coût des médicaments et partager aussi certaines solutions. Et j'aimerais saluer en particulier l'ex-président, là-bas, qui est un de nos concitoyens du comté d'Argenteuil, M. Lapointe, à qui je souhaite la bienvenue d'une façon particulière.

Tantôt, vous mentionniez les progrès de la médecine comme un des éléments qui participent aux coûts des médicaments. Il va sans dire que ça a sûrement

contribué, ça contribue, mais il ne faudrait pas oublier que ça va contribuer encore plus. Les nouvelles thérapies qui sont à poindre et qui s'en viennent sont des thérapies très complexes, en particulier juste la thérapie génique qui va atteindre des maladies où les gens mouraient très jeunes, il n'y a déjà pas si longtemps, et qui, grâce à des thérapies très particulières, avec des porteurs de virus et de médicaments, va les prolonger dans un âge avancé. Et je ne vois pas comment, en tant que société, on sera capable de se payer cette forme de thérapie dans un avenir qui n'est pas très loin, qui est tout près, là, d'ici 10, peut-être même cinq ans.

J'aimerais vous entendre là-dessus, comment vous envisagez... Parce que c'est quasiment une escalade, les coûts des médicaments. Chaque fois qu'il y a un nouveau médicament qui sort, il est toujours plus cher que le précédent. Et je ne vois pas comment — je me suis creusé les méninges, comme on dit — on va être capable, comme société, de se permettre d'offrir à tout le monde ou à tous ceux qui en ont besoin — parce que, évidemment, ce n'est pas tout le monde qui va avoir besoin d'une thérapie génique en particulier — avec un système d'une couverture générale, comment on sera capable de se payer ça. Est-ce que vous avez réfléchi là-dessus, sur les coûts éventuels importants qui s'en viennent? Parce que, là, il y a des coûts, mais, dans 10 ans, ça va être trois fois plus, si ce n'est pas plus.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Évidemment, on s'est interrogé quelque peu sur cette question, et ça amène une autre très grande question au niveau de l'éthique. On regarde ce qui s'est passé dans l'État de l'Oregon. Est-ce qu'on n'en arrivera pas, un jour, à dire: Tel médicament, est-ce qu'on le donne aux personnes de 70 ans et plus pour, deux ans plus tard, baisser ça à 64 ans, à 60 ans. Et la société va avoir des... On espère que la société n'aura jamais ces choix-là à faire, ne décidera pas de faire ces choix-là, mais il y a un danger.

C'est sûr qu'une couverture très large, qui s'adresserait à toute la population, d'un programme universel de médicaments, au niveau des chiffres, on n'a pas eu le temps de regarder ça et on n'a pas l'expertise nécessaire pour le faire non plus au Conseil. Ce qui nous interroge... Je fais personnellement partie de la table de concertation sur l'utilisation rationnelle des médicaments. Quand ce sujet-là est venu sur la table, je leur ai dit: Pensez donc à désassurer maintenant ce que vous allez vouloir désassurer dans sept, huit et 10 ans, parce que c'est ça, quand on établit un régime universel, quand la société s'est donné des régimes, il y a certaines choses, en tout cas, à mon avis personnel, qui ont été faites à courte vue et qu'on a dû requestionner plus tard. Maintenant, il faut se poser les questions pendant qu'il est temps avant d'instaurer...

On n'est pas contre, en soi, le phénomène d'un régime universel de médicaments, mais dépendamment de quelle contribution, et il faut y penser dès maintenant. Vous savez, quand on donne un acquis, c'est très

difficile à retirer, c'est très, très, très difficile à retirer. C'est pour ça que c'est important. Mais, par contre, est-ce que les gens, les citoyens ont le droit d'être capables d'être soignés, ont droit au bien-être aussi, au même autre titre que tous les citoyens? On dit qu'il y a à peu près 20 % — je ne sais pas si les chiffres sont exacts — de personnes qui ne sont couvertes par aucune assurance. Dans le bref historique que je vous avais fait au niveau des aînés, dans les années soixante, on voit que très, très peu... C'était vraiment la catastrophe. J'ai parlé à plusieurs aînés, puis on me racontait qu'on hypothéquait la maison, dans le temps, si la maman était hospitalisée, le père, un enfant. C'est ce qui arrivait. Je me suis fait dire par plusieurs: On empruntait sur nos assurances-vie pour être capables de payer le séjour hospitalier.

Alors, c'est sûr que, quand on regarde au niveau des médicaments, des personnes qui travaillent, qui ont de petits emplois très peu protégés n'ont pas, comme les fonctionnaires peuvent avoir avec le RREGOP ou les régimes publics d'assurance, accès facilement aux médicaments. Il y a quelques entreprises qui l'ont, mais 20 %, c'est sûr que c'est inquiétant. Et, à quelque part, en tant que citoyen, on paie pour. Une personne qui n'a pas de bons médicaments au bon moment pour traiter un problème de santé, on va la récupérer dans le réseau, à l'hôpital, avec des interventions majeures. Alors, c'est sûr qu'il y a un questionnement.

M. Beaudet: M. le Président. J'apprécie vos commentaires, et, au lieu de vous appeler le Conseil des aînés, on devrait vous appeler le «Conseil des sages». Il y en aurait peut-être beaucoup plus qui auraient avantage à vous entendre, d'une part, et aussi à procéder aux mêmes réflexions que vous faites. Parce que ça m'apparaît très important, non pas de ne regarder que le présent — ce que vous faites — mais aussi de regarder l'avenir. Même si vous en avez plus, comme groupe d'âge, en arrière qu'en avant, vous avez au moins l'inquiétude de vous questionner sur le devenir non seulement de vous en tant que groupe, mais même des plus jeunes, de ce qui va leur arriver, et, ça, je trouve ça tellement important.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Tous les individus du Québec sont nos futurs membres.

Des voix: Ha, ha, ha!

• (18 h 50) •

M. Beaudet: Alors, c'est tellement important qu'on le fasse, et j'apprécie que vous le fassiez.

Tantôt, vous parliez des fractures de hanche. C'en est un exemple. Évidemment, les fractures de hanche... Il faut savoir que les fractures de hanche, ça n'arrive pas à cause des chutes. Ils se fracturent la hanche puis ils tombent après, pas l'inverse. La fracture n'arrive pas au moment de la chute, mais avant la chute. Donc, ce n'est pas l'hiver québécois qui cause des fractures de hanche, mais c'est l'absence d'ossification importante chez les aînés.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Il y a aussi, si vous me permettez, les benzodiazépines et les psychotropes qui sont donnés allégrement aux aînés et qui provoquent des pertes d'équilibre.

M. Beaudet: Oui. Mais vous avez sûrement connu le ministre du temps du Québec, qui s'appelait Jean Cournoyer, qui avait dit: On devrait peut-être mettre du diazépam dans l'aqueduc tellement les médecins en prescrivent. Et ça n'a pas changé, parce que, encore aujourd'hui, les médecins ont cette faiblesse ou complaisance, devrais-je dire, de répondre à la demande ou à la suggestion du patient de lui dire: Bien, il me semble que je dormirais mieux si j'avais ça, puis, tout de suite, il a la plume en main et il lui donne sa prescription. Ce qui est un malheur, comme vous le disiez si bien, c'est difficile d'enlever un morceau de chair... Alors qu'on nous l'a donné, on ne peut plus l'enlever après. Alors, c'est difficile de les sevrer d'un médicament qu'on leur donne depuis des années.

Mais, ceci dit, vous mentionniez tantôt des thérapies alternatives, et je pense que c'est important, en particulier chez les aînés, de voir des thérapies alternatives, parce que les médecins ont trop souvent tendance à donner les médicaments pour répondre à une demande qui pourrait être soulagée de bien d'autres façons. Mais on le soulage à l'aide de médicaments. Bon. O.K. Ils sont soulagés, sauf qu'il y a une conséquence: ils deviennent dépendants ou ils sont confinés à la maison parce que le médicament a des effets contraires. Et je pense que... Je ne sais pas si vous avez... Évidemment, vous allez me dire: Faites-le, c'est vos confrères. Vous allez comprendre que je suis mal placé pour intervenir. Mais est-ce que vous, en tant que Conseil des aînés, avez pensé faire une pression auprès des groupes médicaux, que ce soit au niveau du Conseil des médecins ou de la Fédération des médecins spécialistes ou de la Fédération des médecins omnipraticiens, pour les sensibiliser au fait que, souvent, ce ne sont pas des médicaments dont vous avez besoin, que, souvent, c'est peut-être juste d'abord une écoute, c'en est une, mais aussi il y a des alternatives qui sont souvent présentes mais qui ne sont pas utilisées?

Mme Dumont-Larouche (Nicole): En fait, dans les mesures annoncées par le ministère et la table de concertation sur laquelle je siégeais également, on a une grande part d'éducation, d'information et de responsabilisation. Aujourd'hui, je n'ai pas fait état de toutes ces mesures-là avec lesquelles on est d'accord; j'ai parlé surtout de responsabilisation des aînés. Ce n'est pas un discours qu'on entendait beaucoup, beaucoup auparavant. On veut bien l'admettre, les aînés étaient plutôt sur la défensive. Maintenant, on veut bien le faire pour les aînés, mais il y a une grande responsabilisation des professionnels de la santé qui doit se faire aussi.

Vous avez tout à fait raison de dire qu'on tient trop compte... On ne tient pas compte des facteurs sociaux. Il y a une personne que j'ai rencontrée dernièrement qui me

disait — une personne qui a 82 ans — qu'elle n'a jamais pris de médicaments. Son époux est décédé. La première chose, la famille a fait venir le médecin et on lui a proposé des pilules. Elle appelait ça des pilules pour dormir. Elle a dit: Vous ne trouvez pas ça normal que je ne dorme pas pendant quelques nuits? Je suis veuve. Je viens de perdre mon mari. Je vivais avec lui depuis 54 ans. Alors, c'est normal que je dorme moins bien. Alors, voyez-vous tout de suite la tendance du médecin de prescrire un médicament, puis l'entourage familial fait en sorte aussi que... C'est toujours fait de bonne foi, hein, mais il y a une pression.

M. Beaudet: Non, c'est toujours le milieu, le contexte.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Par contre, je veux bien que les aînés se responsabilisent, mais les médecins aussi. C'est des professionnels, c'est à eux à dire: Tel médicament, je ne vous le donne pas. Il y a une bonne marche à l'extérieur qui peut vous faire du bien, le meilleur remède pour bien dormir. Bon. Il y a ça aussi, la responsabilisation à tous les niveaux.

M. Beaudet: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Alors, M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Merci, M. le Président. Bienvenue mesdames, bienvenue monsieur. Alors, merci d'avoir accepté de modifier votre horaire.

Mme la présidente, vous tentez, à la page 5, de nous indiquer que la grande partie — je suis au paragraphe 2, là — que l'augmentation des coûts des médicaments est due au transfert de thérapie vers des médicaments beaucoup plus coûteux, à la hausse des prix exigés par les fabricants et à l'extension de la durée des brevets. Est-ce que ça peut expliquer l'augmentation extraordinaire des coûts, 500 000 000 \$ de plus? On parle de cinq ans, là. De 1990-1991 à 1996, on est passé de 500 000 000 \$ à pratiquement 1 000 000 000 \$ pour les coûts des médicaments. Les trois éléments, est-ce que vous croyez que ça peut résister à l'analyse de cette augmentation des coûts ou si on n'a pas un problème, dans le fond, de société, toutes catégories de notre société incluses, là? Est-ce qu'on n'a pas un problème de société puis qu'on n'est pas poussé vers la consommation des soins, mais aussi des produits de santé, si je peux me permettre l'expression?

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Vous avez sans doute raison. C'est pour ça qu'on ne peut pas attribuer l'augmentation des coûts à un seul facteur. C'est sûr qu'il y a un vieillissement de la population. Donc, il y a une cohorte qui change de groupe d'âge, et on va le voir de plus en plus jusqu'en l'an 2031, et il y a aussi prolongement de l'espérance de vie, qui fait en sorte que, bon, évidemment, il y a plus d'aînés. Il y a aussi

toutes les nouvelles thérapies. Évidemment, tout ça entre en ligne de compte.

Tout à l'heure, M. le député disait que c'est difficile pour un médecin de refuser à quelqu'un qui lui demande, une médication. En principe, ça ne devrait pas l'être. Quand on regarde les ordonnances potentiellement non appropriées... Je déteste ce terme-là. Pour moi, c'est une ordonnance dangereuse. Bon, si c'est dangereux, au moins qu'on l'explique à la personne. Nous, on veut faire le travail de responsabiliser la personne, de dire: Il ne faut pas se laisser impressionner par le médecin. C'est notre santé, ça nous appartient, d'abord, la prise en charge de sa propre santé par l'individu lui-même. Mais ce n'était pas dans la culture des personnes qui ont 80 ans et plus, là, de questionner le verdict d'un médecin. Il ne se trompait jamais. C'était comme ça que c'était vu, dans la plupart des cas. Alors, c'est sûr que... Bien, c'est vrai. Le professionnel qui s'adressait... Il y a combien... Regardons à tous les âges, à toutes les générations. Quand on va rencontrer un médecin, il y en a plusieurs qui doutent... Quand ils ont vraiment mal puis que le médecin ne leur a pas prescrit un médicament, il n'y a pas juste les aînés, là, qui doutent de la compétence du médecin, puis il y en a plusieurs qui vont aller en voir un autre et un autre jusqu'à ce qu'on leur donne...

M. Deslières: Qu'ils obtiennent gain de cause.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Tout à fait. Alors, c'est sûr qu'il y a plusieurs facteurs. Il y a un phénomène qui fait qu'on consomme beaucoup plus de médicaments. Il y a aussi... On voit juste les médicaments en vente libre, la publicité qui est faite partout dans les journaux, à la télévision, à la radio. Dans une journée, on passe à peu près à toutes les parties du corps. Je me suis amusée, une fin de semaine, à regarder le nombre de pilules, d'analgsiques, de sirops, de pommades. C'est assez impressionnant. C'est des images... Ça, c'est en vente libre, mais, combiné avec d'autres médicaments, il y a un danger.

M. Deslières: Oui. J'aurais une deuxième question pour vous, madame. Je fais référence à votre mémoire, à la page 8, où vous citez le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a publié l'impact de la tarification des médecins et où vous dites... Bon, ils nous disent, eux, que ça n'a pas eu tellement d'impact au sujet de la consommation des médicaments. Mais, par contre, dans le paragraphe suivant, vous dites: «Pour le Conseil des aînés, une hausse importante de la tarification pourrait avoir des effets», bon, etc. Pour vous, qu'est-ce que c'est qu'une hausse importante? Qu'est-ce que c'est qu'une hausse importante, pour vous...

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Bien, en fait, c'est qu'on dit...

M. Deslières: ...par rapport aux 2 \$?
• (19 heures) •

Mme Dumont-Larouche (Nicole): On n'a pas eu de position en ce sens-là. Mais, quand je vous dis qu'il y a 4,7 % des aînés, au Québec, qui ont des revenus supérieurs à 40 000 \$, ils sont où les aînés dans l'aisance et bien nantis dont on entend parler partout? Quand on regarde les revenus disponibles moyens, qui sont de 14 336 \$, il faut tenir compte aussi que des aînés de 65 ans et plus ont des problèmes de perte d'autonomie, d'incapacité, et très, très, très souvent ces gens-là doivent se payer des services. On paie pour faire tondre le gazon, pour le déneigement; on paie pour les gros travaux, on paie pour... Puis, ce n'est pas une plainte qu'ils en font, mais il faut tenir compte de ça aussi. Parce qu'on dit souvent, les jeunes: Ça coûte moins cher à un aîné pour vivre qu'à un jeune. Ils n'ont pas les mêmes besoins et les mêmes dépenses, mais on ne peut pas dire que ça coûte moins cher, individuellement parlant.

M. Deslières: Mais vous admettez le principe qu'il pourrait y avoir une hausse. Mais où vous vous prononcez, vous dites: Une hausse importante, mais vous n'avez pas statué sur ça.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Non. Il n'y a rien. Il n'y a pas eu de proposition qui a été faite. Nous, on attend le rapport de M. Castonguay. On va voir...

M. Deslières: Non, mais, dans votre mémoire, ici, c'est un peu implicite, dans le fond. Vous nous dites: Attention, on n'aimerait pas voir une hausse importante, mais on comprendrait. Parce que vous affirmez la situation financière du Québec...

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Tout à fait.

M. Deslières: ...et vous admettez faire partie, etc. Vous dites: Nous, on serait prêts à faire notre effort.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Tout à fait. C'est sûr que les aînés s'attendent... À un moment donné, s'il y a un programme universel d'assurance-médicaments, on l'a vu dans les médias, même s'il n'y a pas eu de proposition de faite, ni par le ministre ni par un comité quelconque, on sait que les aînés vont être interpellés au même titre que tous les autres citoyens.

Nous, on sonne l'alarme sur les montants. On ne peut pas le comptabiliser. C'est difficile de dire quels montants devraient être... Mais c'est sûr qu'une hausse importante peut avoir un impact sur la santé et les coûts du système, parce que, une personne qui cesse sa médication, on va la récupérer dans le réseau de courte durée rapidement. Alors, c'est sûr qu'il y a des interrogations.

M. Deslières: Merci, Mme la présidente.

Le Président (M. Gaulin): Merci, M. le député. Mme la députée de Blainville.

Mme Signori: Alors, merci pour votre présentation à tous les trois, Mme la présidente. On a parlé un peu, tout à l'heure, un de mes collègues — je ne sais plus si c'est le député d'Argenteuil ou mon collègue, ici, de Salaberry — sur le magasinage de médicaments. On a un peu... Est-ce que, vous autres, vous avez réfléchi à la question et est-ce que vous avez des solutions à proposer? Parce que c'est vrai que vous disiez aussi, tout à l'heure: Si on n'a pas de pilules ou de sirop pour nos bobos, on va aller... Beaucoup vont voir d'autres médecins. Est-ce que vous suggéreriez aux médecins de dire carrément: Allez vous faire donner un massage ou bien donc prendre un petit verre de gin?

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Ou prendre des techniques de respiration, faire partie... Il y a l'isolement, la solitude qui entraîne des problèmes. Une personne qui fait de l'angoisse, qui est toute seule, qui n'a même pas une personne à qui parler dans une semaine, c'est sûr que c'est une personne qu'on va récupérer dans le réseau assez rapidement. Alors, faire partie de clubs sociaux...

Mme Signori: Oui, mais les solutions est-ce que ce serait d'en parler aux médecins? Vous autres, qui représentez les aînés, est-ce que ce serait par le biais de la FADOQ? Par quel biais vous voulez que des solutions soient trouvées pour ce problème-là? Parce que c'est vrai que c'est un problème.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): On peut le faire à l'intérieur de la campagne de sensibilisation qui avait été annoncée par le ministère, qui n'a malheureusement pas encore eu lieu, parce que, ça, c'en est toutes, des suggestions qu'on veut faire. On va être... Le Conseil des aînés va être partie prenante dans la préparation de la campagne de sensibilisation. Alors, c'est sûr que les quelques recommandations que je vous ai faites tout à l'heure seraient incluses dans nos recommandations pour une campagne de sensibilisation auprès de tous les groupes concernés: les médecins, les aînés, les pharmaciens, tous les professionnels de la santé. C'est sûr que ça pourrait avoir un impact.

Mme Signori: M. Lapointe.

M. Lapointe (Philippe): Évidemment, vous avez parlé de magasinage. D'abord, je veux saluer mon député, là. D'ailleurs, il ne faut pas m'appeler M. le président parce que j'ai démissionné comme président, donc je ne suis plus le président. Mais il reste que mon député, c'est un de mes bons amis. On a les mêmes idées, excepté une.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Gaulin): C'est laquelle, M. Lapointe?

Mme Signori: On s'en doute un peu.

M. Lapointe (Philippe): On ne le dit pas.

Le Président (M. Gaulin): C'est un bon gars quand même.

M. Lapointe (Philippe): Alors, le magasinage, là... Moi, personnellement, évidemment je ne peux pas parler au nom de la Fédération de l'âge d'or du Québec parce que nous n'avons... Je suis membre de la Fédération de l'âge d'or du Québec — voyez-vous, j'ai encore mon bouton, là — mais je ne suis plus au conseil d'administration. Mais je crois que c'est une étude qui devrait être faite et j'ai toujours le droit de suggérer. Alors, je pourrai suggérer. Mais, moi, personnellement, j'ai de la difficulté à comprendre que l'autorité n'établisse pas des... On veut établir des barèmes. Là, on voudrait établir un seuil. Tu sais, d'abord, il y a un seuil pour le 2 \$ et là, bien, on parle évidemment que ça pourrait être autre chose. Alors, c'est un seuil qui augmente. Je me souviens d'avoir dit, je vais vous le dire bien franchement, à M. Bourassa, le premier ministre, que c'était le pied dans la porte. Alors, évidemment, c'est que c'est beau d'entendre ceci, là, puis c'est la vérité, que ça n'a pas eu une grosse influence. Mais, en augmentant, personne ne nous dit qu'il n'y en aura pas, une grosse influence, là, et que plusieurs personnes n'arrêteront pas de consommer tel ou tel médicament. Et puis ça va les amener, ça... Avec une santé qui se détériore, ils ne pourront plus rester chez eux. Ils vont aller, disons, en hébergement ou à l'hôpital. Alors, je pense qu'il va falloir qu'il y ait une étude approfondie de ce côté-là.

Mais, pour ce qui est du magasinage — je parle comme individu, là, et ensuite comme membre du Conseil des aînés; évidemment, si on n'est pas content de ce que j'ai dit, on va me le dire, et puis je m'amenderai si, réellement, il y a des arguments pour me faire amender — moi, je ne peux pas concevoir qu'à telle pharmacie tel médicament coûte tel prix et qu'à telle autre pharmacie il coûte tel autre prix. Vous allez me dire: Oui, ils en vendent davantage, et toutes ces choses-là. Non. C'est trop important, moi, je crois, la question de la médication, là, donc trop important, la santé. Et je ne parle pas rien que des aînés, là, je parle, évidemment, parce qu'on a fait de l'intergénération... Alors, j'en fais encore. C'est que, moi, à mon avis — mais j'ai peut-être tort, j'ai eu tort souvent — je crois que, d'une part, il devra y avoir une autorité qui établit un prix. Vous allez dire: Bien oui, mais il faut le transporter à Gaspé, il faut le transporter ici et le transporter ailleurs, et c'est une petite pharmacie. Oui, mais c'est la santé des gens de Gaspé ou de l'Abitibi-Témiscamingue ou de l'Estrie qui est aussi importante que la santé des autres. Bon. Alors, ça, je dis qu'à ce moment-là je n'ai pas d'autre solution, puisque c'est une solution qu'on nous suggérerait d'apporter, moi, je dis que l'autorité devrait créer... Bon.

• (19 h 10) •

Autre chose, les fabricants de médicaments. Fabriquer des médicaments, je sais que ça coûte excessivement cher. J'ai eu à contacter, évidemment, les grosses compagnies, les gros producteurs, vous savez, lorsqu'il a été question, disons, des médicaments brevetés et des autres médicaments. C'est sûr que ça coûte excessivement cher de créer un médicament. Mais je ne suis pas sûr, moi, que les gouvernements — vous me permettez ça, de dire «les gouvernements», c'est-à-dire les autorités... Peut-être que, oui, ils ont fait les efforts voulus pour que les médicaments soient le moins chers possible et qu'il puisse se faire de la recherche. Parce que c'est très important qu'il se fasse de la recherche, quand on sait que, par exemple, pour certaines maladies, ce n'est rien que depuis 10, 15 ans... Moi, je sais que mon épouse, à un certain moment, quand est arrivé un médicament, ce n'était plus la même personne. Alors, ça a pris combien d'années? Ça a coûté cher, très bien. Mais est-ce qu'on fait des efforts, du côté des fabricants, pour que, évidemment, ils y aient leur compte, mais que, en fin de compte, le coût soit le moins élevé possible? Voyez-vous, c'est vous qui devriez poser des questions, et c'est moi qui les pose actuellement. Nous nous posons cette question-là. Je ne sais pas si ça répond à votre question, en très petite partie.

Mme Signori: Oui. Mais, moi, ce que je voulais surtout spécifier, c'est comme quand un patient va voir un médecin et qu'il veut vraiment avoir une médication, et, en fait, le médecin lui dit: Non, vous n'aurez pas de prescription. Le patient, à ce moment-là, va ailleurs pour en chercher une autre. C'est le magasinage dans ce sens-là. J'avais probablement mal posé ma question, M. Lapointe.

M. Lapointe (Philippe): Non, c'est parce que ça venait de... J'avais mal entendu quand j'étais assis là. Quand il a été question de pharmacien, j'ai cru, n'est-ce pas, qu'on allait parler de cette chose-là.

Mme Signori: On avait aussi parlé de ça avant, oui.

M. Lapointe (Philippe): Ah oui! Alors, là, le magasin... C'est entendu que le Conseil des aînés et les différentes associations, n'est-ce pas, qui sont reliées au Conseil des aînés, leur devoir, évidemment, c'est de — ce n'est pas rien qu'à eux, le devoir, c'est le devoir des autres, des professionnels de la santé, et tout — renseigner leurs membres, leur dire évidemment... Parce qu'il y en a quelques-uns qui sont peut-être comme j'étais il y a quelques années. Moi, il y avait deux dieux: le médecin et le curé. Ce n'est plus les mêmes dieux. Ce n'est plus les mêmes dieux. Il y a beaucoup de gens pour qui c'est encore le... Quand ils vont voir le médecin, ils sont convaincus qu'il va leur prescrire un médicament. Alors, nous, notre devoir, le devoir de la société, le devoir des gouvernements, le devoir des médecins, le devoir des pharmaciens, c'est de

convaincre les gens qu'ils doivent demander, qu'ils doivent s'informer. D'abord, ils doivent se trouver un médecin en qui ils ont confiance, et, quand ils seront bien informés, je suis convaincu, évidemment, qu'il va y avoir beaucoup moins de pèlerins. Il va y avoir beaucoup moins de pèlerins. Alors, à ce moment-là, on va diminuer...

Il y avait une autre chose qui me tracasse beaucoup. Vous savez, quand on dit que la création des nouveaux médicaments, ça va amener, évidemment, des coûts, c'est vrai, c'est très vrai. Mais, d'un autre côté, la façon dont — d'ailleurs, Mme la présidente l'a dit — les gens vivent maintenant, ce n'est pas la même chose que ce qu'on vivait il y a une génération, il y a deux générations, il y a trois générations et, pour moi, il y a quatre générations. Ce n'est pas la même chose. Donc, les gens vivent mieux, vont avoir besoin de moins de médicaments. Ils vont être plus nombreux. Ils vont avoir besoin de moins de médicaments. Et, si on les instruit, à part ça, j'ai l'impression que l'augmentation des coûts, qui a monté en flèche, ne montera peut-être pas tant en flèche que ça à l'avenir.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Juste pour renchérir sur ce que M. Lapointe disait. En fait, le magasinage, il se fait. On n'a pas dit que c'était donné uniquement aux aînés. C'est une attitude que beaucoup de personnes, des générations, ont. C'est sûr que, quand vous avez été comme ça toute votre vie, dans la nuit de 64 ans à 65 ans, il ne se passe rien de magique. On continue d'être ce qu'on a été tout au long de sa vie. Alors, c'est sûr que c'est un comportement qu'on rencontre chez plusieurs personnes, et les médecins nous l'ont dit, que c'étaient des choses qui arrivaient. Ils étaient jugés incompetents parce qu'ils n'avaient pas donné un médicament. En tout cas, c'est l'ego des médecins qui peut être frustré, mais on aime mieux aller vers le bien-être des citoyens plutôt que de ménager l'ego des médecins.

Mme Frère (Claire): Est-ce que je peux ajouter quelque chose?

Le Président (M. Gaulin): Mme Frère.

Mme Frère (Claire): J'ai rencontré des aînés qui sont allés voir des médecins, puis il n'y avait pas de dialogue parce qu'ils ne parlaient pas le même langage. Ils sont sortis de là déçus, disant: Il ne m'a pas compris. Mais il avait eu un médicament, par exemple. Et je me dis que le médecin devrait toujours donner les effets secondaires. Peut-être que la personne serait réticente. Dès qu'elle aurait ces effets-là, elle irait voir le médecin et elle pourrait ne pas continuer. Des fois, elle continue, elle se rend même malade avec le médicament qu'on lui a prescrit, parce qu'elle dit: C'est le médecin qui me l'a donné. Mais il n'y a pas eu de dialogue vraiment. Je pense que la personne aînée n'a peut-être pas le même langage. D'ailleurs, le langage de la médecine, elle le

comprend difficilement. Et, avec les années qui arrivent, là, qui s'en viennent, la personne sera plus instruite que celle des années qu'on vient de traverser. Parce que, ces personnes-là, assez souvent, plusieurs étaient illettrées. Et, aujourd'hui, par des conférences qu'on veut donner, l'information qu'on donne...

Je regarde Les belles années, la carte qu'on reçoit de chez Sears, là. Ils envoient un petit journal où on donne beaucoup de conseils aux aînés. Et je m'aperçois, parmi mes amis, que déjà on a changé l'alimentation. Puis, dans l'alimentation, ils vont trouver de quoi, ça peut les exempter de prendre leurs médicaments. Prenez comme pour la digestion, prenez la dentition de nos personnes âgées, elles ne peuvent manger la même chose, alors on leur suggère des choses. Alors, je pense que... Ici, on dit: Développer de saines habitudes de vie, là, les choses qu'on donnait ici. Puis on dit aussi: Donner de l'information. C'est ce qui a manqué, dans le passé. Puis je pense qu'aujourd'hui, dans les écoles, on fait une semaine de nutrition — je pense que c'est dans ce temps-ci, même...

Une voix: Au mois de mars, oui.

Mme Frère (Claire): ...on apprend... Alors, nous, on ne nous montrait pas ça, excepté qu'on mangeait, par exemple... Les fruits et les légumes, on les prenait... On allait les chercher dans le jardin, on les mangeait tout de suite, on ne les faisait pas cuire. Aujourd'hui, on a appris aux jeunes, parce que les jeunes respectent ça. Je pense juste à ma fille qui allait chercher les petits pois dans le jardin, puis sa petite cousine disait: Grand-maman, elle mange les petits pois. Ma mère disait: Mangez-les, c'est comme ça qu'ils sont à pleine saveur. Et, aujourd'hui, on ne disait pas ça aux enfants, mais on vient de réapprendre par les livres que c'est comme ça que nos enfants vont réapprendre à manger. Je pense qu'ils n'ont pas eu de bonnes habitudes. Puis, justement, on a eu une rencontre avec les jeunes. Ils nous disaient qu'ils apprenaient beaucoup au contact de la personne âgée. Chez nous, à Jonquière, il se fait, dans nos écoles, une rencontre entre les personnes aînées et les jeunes. Et les jeunes vont faire un portrait de la madame ou du monsieur qu'ils ont rencontré. Et là ils apprennent comment ces gens-là vivaient avec le peu de moyens puis qu'ils ne se servaient pas tellement de médicaments. C'était la nature qui leur apportait. Mais, dans le moment, on a pris l'habitude d'aller chercher dans le médicament ce que, nous, on avait facilement chez nous.

Mme Signori: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Ad hoc, M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Oui. Juste pour faire référence à ce que vous venez de dire, là. C'est pour ça que, tout à l'heure, je disais: On a un problème de société. Parce

que, bien sûr, on peut expliquer par des points techniques, des études, le marché qui est libre. Mais vous venez de dire: Bien, écoutez, le médecin, lui, il a soigné l'organe malade, mais il n'a pas regardé la personne, il n'a pas... puis il nous a donné un médicament. Mais, moi, j'ai des amis médecins, là. Ils me disent: Si je ne donne pas des médicaments, ils vont dire: Il n'est pas bon, ce médecin-là, il est bon à rien; il faut que je leur en donne. Et particulièrement pour les personnes âgées, je m'excuse de le dire, là, mais particulièrement chez les personnes âgées, on dit: Aïe! Ou, si on sort du cabinet de consultation sans médication, on va dire: Il n'est pas bon. Et ils sentent ça, les professionnels et les médecins.

Mme Frève (Claire): Oui, mais est-ce qu'on a dit les effets secondaires?

M. Deslières: Oui.

Mme Frève (Claire): Parce que je connais des gens, moi, qui se sont procuré l'espace de dictionnaire à la maison, puis, dès qu'ils les ont, les effets secondaires, ils partent chez le médecin avec leur dictionnaire...

M. Deslières: Oui.

Mme Frève (Claire): ...puis là ils sont obligés d'arrêter de le prendre. Ces personnes-là étaient rendues plus malades qu'avant. Mais qui avait manqué là-dedans? Ce n'est pas... Elle, elle a réagi, son corps a réagi. Alors, elle a pris le dictionnaire, puis elle a vu pourquo.

M. Deslières: Comment peut-on expliquer la pression qu'il y a chez les médecins pour que ça se termine par la prescription d'un médicament? Et là je pense qu'a lieu la réponse pour l'ensemble des coûts puis la consommation des médicaments.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Moi, je questionne l'éthique d'un médecin qui se sent obligé parce que la personne insiste pour avoir un médicament. Lui, c'est le professionnel de la santé qui connaît toutes les conséquences, les effets négatifs, les effets souvent catastrophiques qui peuvent arriver sur la santé d'un individu, puis il lui en donne quand même. Le Conseil des aînés abonde dans le sens du principe qu'il faut responsabiliser les aînés, c'est important. Ce n'est pas de dire: Il n'y a que la responsabilité du médecin à appliquer son éthique, sa déontologie, à dire: Je ne prescrirai pas. Où j'ai plus de sympathie pour un médecin, c'est que, à un moment donné, j'ai eu une bonne discussion avec deux ou trois où on parlait vraiment de ça, le fond de la question. Ils m'ont dit: Dans le temps, il y avait les fameux barbituriques qui étaient à peu près épouvantables.

• (19 h 20) •

C'est sûr qu'avec l'avènement des psychotropes, dont les effets étaient tellement moins importants, on est

allé allégrement dans la prescription. Au moment où on a prescrit, on ne connaissait pas tous les effets secondaires. Ça, je pense qu'ils sont assez honnêtes quand ils nous le disent, de telle façon que, moi, je les crois. Sauf que, à un moment donné, il s'est créé une dépendance. Quand on donne un médicament puis il y a juste 21 jours qu'il a des effets curatifs et le reste, ça ne crée qu'une dépendance, je pense qu'il y a une éthique qui fait en sorte... Et ces personnes-là ne le savent pas. Je pense qu'il y aurait lieu de leur dire auparavant: Bon, plus que tant de jours après, vous allez tout simplement être un «addict» — je m'excuse de l'expression anglaise, mais c'est ça — alors qu'on continue à leur en donner pendant un an, un an et demi, deux ans.

Il y a l'autre volet où ces mêmes médecins m'ont dit: Pour une personne de 84 ans, 85 ans à qui je donne depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans des médicaments qui ont créé chez elle une vraie dépendance, c'est sûr que, si on les retire, c'est un sevrage. C'est évident que c'est difficile d'appliquer un sevrage, quand on sait tout ce que ça peut... Un sevrage de médicament, d'alcool ou de drogue, c'est la même chose, hein. C'est aussi difficile. Alors, c'est sûr que... Je peux comprendre la difficulté du médecin de ne pas dire: Fini, je n'en donne plus. Mais la personne qui arrive puis qui n'en prend pas, bien, je pense que son éthique doit le forcer à dire exactement ce qu'il prescrit, c'est quoi les conséquences, puis donner le choix au patient de le prendre, ce médicament-là, ou de ne pas le prendre. Puis, en faisant les deux, autant les professionnels puis les aînés, on va arriver à un résultat. Mais, moi, ce n'est pas parce que je suis présidente du Conseil des aînés, mais je suis plus sympathique à la personne qui va voir un professionnel de la santé et qui se fie à cette personne-là pour lui donner des bonnes choses pour sa santé que le contraire. J'ai moins de sympathie pour le médecin qui dit: La personne insiste pour que je lui en donne. On ne lui en donne pas. Si elle n'en a pas besoin, on ne lui en donne pas. C'est tout.

Le Président (M. Gaulin): M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Je rejoins mon confrère de Salaberry-Soulanges où on parle d'un problème de société. Je pense que c'est vrai. Si on recule dans le temps, peut-être 35 ans, on va comprendre que le gouvernement d'alors — puis ce n'est pas unique au gouvernement du Québec — en général, le gouvernement a décidé de prendre la société en main. Alors, on nous prend du berceau à la tombe. C'était La Goutte de lait puis on paie les funérailles. Et la société se complaisait là-dedans: Bon bien, on n'a plus de problème; s'il arrive quelque chose, la société va nous aider puis on va nous dépanner. Alors, on s'est dirigé vers une société de passivité, si on peut dire le mot, au lieu d'être responsabilisé. Tantôt, vous avez mentionné le nom, de nous responsabiliser. C'est évident qu'on ne prendra pas une personne de 70 ans puis dire: Écoute,

ça fait 70 ans qu'on t'a «passivisé», puis là on va te responsabiliser. Il faut commencer avec les générations plus jeunes puis qui vont arrêter là.

Mais il y a deux problèmes que je soulève en écoutant les commentaires qui sont mentionnés. Un, c'en est un de communication. Vous l'avez mentionné, le médecin, il n'écoute pas la patiente, puis il ne prend pas le temps de l'informer, bien souvent. Ça, je pense que c'est un conflit qui est réel. Il est là et il peut être des deux. Peut-être que le patient ou la patiente ne comprend pas le langage du médecin, mais je pense que son rôle, c'est de se mettre au niveau de son patient. Ça devrait être ça. Ça, c'est un des éléments. Le deuxième élément, c'est que, souvent, il ne veut même pas prendre le temps de lui expliquer ou d'échanger avec la personne. Ça, c'est un des gros problèmes.

L'autre problème qui est important, c'est que, devant la demande insistante du patient d'avoir un médicament ou un examen, le médecin est pris dans un conflit. Le conflit, il est simple. Il se dit: Si je ne lui prescris pas le médicament, il ou elle va aller voir l'autre docteur ou l'autre docteur jusqu'à temps qu'il l'ait. Alors, il y a deux réponses à faire là-dedans. Moi, je vais lui prescrire quelque chose qui, je le sais, ne sera pas trop dommageable. Mais, au moins, je sais ce que je vais lui donner. Mais je ne sais pas ce que l'autre va lui donner, s'il lui donne. Mais, moi, je le sais, ce que je vais donner; ça fait 20 ans que je le suis ou que je la suis, je vais lui donner quelque chose de doux puis, bon, ça va le satisfaire. Ça, c'est une des choses. Alors, au moins, il dit: Je contrôle. L'autre élément, c'est qu'il dit: Si je ne lui donne pas, il va aller voir l'autre docteur. Ça fait 20 ans que je la suis ou que je le suis, puis il ne reviendra plus me voir. Alors, lui, il a des intérêts personnels, d'une part, mais aussi le fait qu'il se dit: Ça fait 20 ans que je le suis, puis il va aller en voir un autre parce que c'est l'autre qui va lui avoir donné le médicament. Je ne sais pas la réponse. Je ne sais pas si vous l'avez. Je ne sais pas si vous l'avez; je ne l'ai pas, moi. Mais c'est un problème qui n'est pas simple, qui est complexe, qui va de la communication au conflit. Puis on est pris avec ça et je n'ai pas la réponse.

M. Lapointe (Philippe): On ne l'a pas, la réponse, mais, moi, celle que j'aurais, c'est que... Vous dites: Il va aller voir un autre médecin, mais, moi, je vais faire tout mon possible — disons que c'est moi qui suis le médecin — pour le convaincre. D'ailleurs, je suis sûr que vous pensez la même chose, de ce côté-là. Je suis certain de faire l'effort voulu pour le convaincre que c'est mauvais. La personne va peut-être dire: Je vais aller en voir un autre. Je vais essayer de le convaincre de ne pas aller en voir un autre, puis, s'il va en voir un autre, je vais le perdre? Eh bien, je vais le perdre. Mais je pense que le médecin, la majorité des médecins peuvent être assez convaincants s'ils prennent le temps, que la personne évidemment va l'écouter.

M. Beaudet: M. le Président, je n'ai quand même pas réussi à convaincre M. Lapointe de changer d'idée.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Gaulin): Sûr? non. Je voudrais intervenir peut-être en dernier, puisque personne ne demande la parole. Dans les mémoires qu'on a entendus, sur la question des médicaments, je trouve qu'il y a une raison qui n'a été donnée par personne jusqu'à maintenant, sinon indirectement, qui fait que les médicaments sont plus chers ou qui fait qu'on utilise davantage de médicaments, qui ne fait pas nécessairement que ce soit plus cher, qui fait que la santé est peut-être moins bonne, puis c'est un facteur de modernité qui s'appelle la vitesse. Quelqu'un me disait... Il y avait une vieille amie, à Paris, qui me disait: André, la vie a changé depuis qu'il y a la voiture. Puis, je me disais: Elle est un peu illuminée. Puis je me suis mis à réfléchir à ça, puis c'est vrai: Il y a des choses qu'on fait avec des voitures, qu'on n'aurait jamais faites dans la vie ordinaire. On se permet une conduite en voiture, d'impolitesse très souvent, qu'on ne s'autoriserait pas si on marchait à côté de quelqu'un. Donc, il y a une vieille dame, la semaine passée, qui me disait: Je vais chez le médecin. J'arrive, il y en avait 10 qui attendaient. Je me suis dit: On n'est pas sortis de l'auberge. Eh bien, une demi-heure après, je passais. Tout le monde veut être servi tout de suite, et le phénomène de la vitesse est un phénomène très important.

• (19 h 30) •

Moi, je rejoindrais M. Lapointe puis, indirectement aussi, le député d'Argenteuil, tout à l'heure, quand on évoquait... Vous le dites dans votre mémoire: Il faut s'adresser au malade et non pas à l'organe. On parle des molécules, mais, en fait, c'est tout l'air ambiant qui est important dans la molécule. La molécule, elle fait l'air, enfin, je l'utilise dans un autre sens, et je pense qu'il faut peut-être aller vers la relation intergénérationnelle. Vous évoquez, Mme la présidente, le fait que les gens âgés, ça leur coûte cher dans le sens où il faut peut-être se faire servir des repas, il faut quelqu'un qui vienne peut-être les laver, il faut peut-être faire déneiger la galerie, faire pelletter l'escalier, etc., faire déglacer le toit, quand on reste encore à la maison. Bon. Est-ce qu'il n'y a pas une solution dans la démarche intergénérationnelle, justement? Parce que, dans le virage ambulatoire du ministre Rochon, il y a aussi de l'argent qui est supposé être consacré... Il évoquait la somme de 15 000 000 \$, pour l'année qui vient, qui doit être consacrée au maintien à domicile. Est-ce qu'on ne pourrait pas imaginer un nouveau type de médecins, femmes et hommes, qui prendraient le temps d'aller justement à la maison, qui acceptent — cette génération-là qui souvent n'a pas d'argent, est flouée — qui acceptent de gagner peut-être moins cher par rapport à un autre type de médecine, qui ne fait pas nécessairement de la recherche, mais qui va faire du maintien à domicile, qui va

aller voir les gens chez eux? Parce que le médecin qui reçoit chez lui ne voit pas l'ambiance. Il ne voit pas que ça a l'air triste. Il ne voit pas que la femme a un chat ou un chien. Il ne voit pas qu'elle vit toute seule. Alors, c'est le genre de chose qu'on constate quand on est dans l'air ambiant. Alors, je ne sais pas ce que vous pensez de ça.

Mme Dumont-Larouche (Nicole): C'est une avenue qui peut être intéressante. C'est sûr que les facteurs sociaux reliés à l'état de santé et à la prise de médicaments sont très importants, et ce, quel que soit le groupe d'âge auquel on appartient. C'est sûr que, quand on est traité, bien, au moins il y a le marché du travail où on n'est plus participant activement, alors la solitude nous guette plus facilement. Au niveau du Conseil des aînés, on a toujours un terme que j'ai utilisé tout à l'heure, que je vais continuer, pour terminer, de réutiliser, c'est la responsabilisation. C'est assez difficile. J'écoutais parler Mme Frève et M. Lapointe, tout à l'heure. Ils se rejoignaient tout à fait. On parle d'une génération des aînés. C'était la génération du don de soi, la génération de l'abnégation, la génération du respect de l'autorité, on ne parlait pas après. Des dialogues, ça n'existait pas. Alors, c'est sûr que c'est à ces personnes-là qu'on demande maintenant, devant un professionnel de la santé qu'ils considèrent, comme M. Lapointe disait, comme un dieu, on leur demande presque de le questionner, de le contester. Ce n'est pas facile. C'est pour ça... Tandis que le professionnel de la santé, lui aussi, c'est pour ça que c'est important qu'il se responsabilise. C'est son éthique pour la personne, l'être qui est devant lui. Même si la personne insiste pour avoir un médicament, quand, lui, il sait pertinemment que ça va être néfaste, comment on peut ne pas questionner ce geste-là? Alors, une grande responsabilisation des professionnels de la santé et des aînés.

Le Président (M. Gaulin): M. Lapointe, je vous en prie.

M. Lapointe (Philippe): Oui. Pour répondre à votre question, là, du médecin ambulant. Évidemment, il y en a quelques-uns. Dans le sud-ouest de Montréal, il y en a un, je ne me souviens pas de son nom, mais il y en a quelques-uns. Moi, je crois que vous avez parfaitement raison. Le médecin reçoit une personne à son bureau, la personne s'habille, vous savez. Si c'est un monsieur, il met sa cravate et il se peigne comme il faut. Quand le médecin va à la maison, il s'aperçoit qu'il y a des problèmes d'hygiène qui sont à la base, qui, peut-être, étant corrigés, corrigeraient la santé. Alors, je ne sais pas, il y aurait peut-être un effort à faire de ce côté-là, faire une étude pour savoir si, d'abord, ça améliorerait la santé et si, ensuite, à la limite, eh bien, vu qu'il y aurait moins de malades, ça prendrait moins de médicaments. Il y aurait moins de gens qui iraient dans les hôpitaux et puis dans les centres d'hébergement, et puis, à la base, là, c'est le soutien à domicile. Alors, on ferait le soutien

à domicile et puis, ayant tout corrigé ça, pour moi, ça coûterait moins cher, à la longue. Parce que, moi, je n'aime pas ça beaucoup, parler de ces choses-là, mais c'est vrai que la session actuellement, c'est pour arriver à ceci pour améliorer la santé des gens et puis à un coût moindre.

Le Président (M. Gaulin): Mme Frève, en terminant.

Mme Frève (Claire): Oui. Quand M. Lapointe dit qu'il aimerait voir qu'un médecin se rende à la maison, il faut penser que le médecin qui a toujours été dans son bureau, on l'envoie dans les maisons privées... Il a vieilli, lui aussi, ce monsieur-là. Et l'infirmière qui a toujours travaillé dans les hôpitaux, qui va s'en aller dans une maison privée où on n'est pas organisé, ça va prendre encore quelques années avant qu'elle s'habitue à aller vers le patient chez lui parce que c'était le patient qui allait au bureau ou à la clinique, si vous voulez. Mais là, le médecin, à un certain âge, lui aussi, il va s'en aller. Il a vieilli, le médecin. L'infirmière a vieilli. Est-ce qu'elle arrivera dans nos maisons où on n'a pas les lits conventionnels pour soigner vraiment? Je trouve que ça va être difficile. Ce n'est pas parce que ce n'est pas une chose faisable. C'est faisable, mais je ne pense pas qu'on puisse demander à nos infirmières tout de suite d'être prêtes. Parce que j'en ai rencontré dernièrement et elles étaient désemparées, elles ne savaient pas quoi faire. Je me mettais à leur place, moi aussi, parce que je me dis: Ma maison n'est pas organisée. Si je tombais malade, je n'ai pas le lit qui convient, et tout. C'est sûr que les soins vont venir en même temps.

Tantôt, M. le député parlait de la personne qui se fracturait une hanche, que c'était déjà fait quand elle tombait. Mais quand est-ce qu'on a entendu dire ce qu'il fallait faire pour augmenter la masse osseuse chez la personne du troisième âge? On commence à en parler. Moi, dernièrement, là, je mange plus de légumes verts, des affaires comme ça, auxquelles je n'avais pas pensé avant. Je viens de l'apprendre. C'était le temps que je l'apprenne!

Le Président (M. Gaulin): Vous vous remettez aux petits pois.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Frève (Claire): Bien oui, c'est vrai. Mais, les carottes, on les arrachait du sol, quand on était jeune, puis on les essayait, puis on les mangeait. Aujourd'hui, on les fait cuire, puis on jette ça dans l'évier, le meilleur. Mais on n'avait pas... Nos jeunes vont l'apprendre, parce que je regarde dans les écoles où on leur dit, et ils sont tout fiers de dire aux parents: Eh, là, donne-moi l'eau plutôt que de me donner la carotte. Voyez-vous? Déjà, ils l'ont appris. C'est comme la cigarette. Excusez-moi, mais ça fait tort à la santé, ça, pensez-vous! Peut-être que je blesse des fumeurs, mais,

quand vous souffrez d'asthme, vous comprenez, puis ce n'est pas vous, qui n'avez jamais fumé, mais vous avez vécu dans un environnement... Tantôt, vous parliez de l'automobile, qu'il y a la personne qui aimerait mieux marcher que d'aller en automobile. L'air est vicié, et tout. Mais faire de la marche tous les jours, ça ne coûte pas cher, ça non plus, puis ça garde en santé. Parce que je connais des gens qui marchent puis... Je regarde M. Lapointe, qui monte les escaliers encore en courant. Moi, je ne suis pas capable de le faire. Ha, ha, ha!

Vous voyez? Chez nous, à Jonquière, on a une madame de 102 ans qui, il y a quelques années, s'est justement fracturé une hanche. Elle a refusé les transfusions. Savez-vous pourquoi? Pour ne pas avoir le sida. Elle avait 100 ans, la madame. Elle a dit: Je refuse vos transfusions. Le médecin a dit: Pourquoi? Ça va vous aider à remonter plus vite. Elle a dit: Je ne veux pas le sida. Elle avait 100 ans, la madame.

Le Président (M. Gaulin): Eh bien!

Mme Frève (Claire): Oui. Ha, ha! ha! C'est assez étrange! Ha, ha, ha! Puis elle a un jugement très, très sain. Elle a 102 ans. Mais cette madame marche encore. Elle faisait ses affaires à la banque, à venir jusqu'à il y a deux ans.

Le Président (M. Gaulin): Bravo...

Mme Frève (Claire): Il y a deux ans, elle faisait elle-même ses...

Le Président (M. Gaulin): Vous la saluerez de notre part.

Mme Frève (Claire): Merci.

Le Président (M. Gaulin): Alors, il me reste à remercier beaucoup le Conseil des aînés, qui est venu nous éclairer, qui nous a réchauffé le coeur. Merci beaucoup, M. Lapointe...

Mme Dumont-Larouche (Nicole): Merci.

Le Président (M. Gaulin): ...Mme la présidente, Mme Frève.

Mme Frève (Claire): Merci.

Le Président (M. Gaulin): Nous reprendrons la séance — en l'ajournant — demain, à 10 heures.

(Fin de la séance à 19 h 38)

