



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 (3)**

Le mercredi 6 mars 1996 — N° 41

QUÉBEC

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 6 mars 1996

Table des matières

Auditions	2
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	2
Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)	14

Intervenants

M. Russell Williams, président

M. Pierre Marsan

M. Régent L. Beaudet

M. André Gaulin

M. Serge Deslières

M. Michel Létourneau

M. Russell Copeman

Mme Lyse Leduc

* M. Michel Bureau, FRSQ

* M. Pierre Boyle, idem

* M. Sammy Suissa, idem

* M. Renaldo N. Battista, CETS

* Mme Line Gariépy, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 6 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): À l'ordre, s'il vous plaît! Nous avons quorum. Bienvenue à la commission des affaires sociales. Nous sommes ici pour continuer le mandat de la commission et je voudrais lire le mandat encore une fois. 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 beaucoup. Avec ça, je voudrais juste mentionner l'ordre du jour. Aujourd'hui, nous avons le plaisir d'écouter le Fonds de la recherche en santé du Québec à 10 heures. À 11 h 30, nous allons avoir le Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Et nous allons ajourner à 13 heures, cet après-midi.

La façon dont nous allons travailler aujourd'hui. Chaque présentateur peut présenter pour 20 minutes et nous avons 70 minutes de période d'échange. Nous allons diviser la période entre le côté ministériel et le côté de l'opposition, et nous allons utiliser la règle d'alternance. Jusqu'à date, ça marchait très bien. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: M. le Président, avant de commencer, j'aurais juste une question d'information à poser. Nous avons convenu, tous les députés de cette commission, les deux partis, de faire une liste d'invitations et, évidemment, c'est ce que nous faisons aujourd'hui. Hier, cependant, à ma grande surprise, je note que le Conseil médical du Québec refuse de venir nous rencontrer. Ils ont daigné quand même envoyer une lettre à notre secrétaire. Et on mentionne que, bon, il y a beaucoup de documents qui peuvent être déposés et que, dans les circonstances, le Conseil médical, comme organisme, n'est pas en mesure d'apporter des réponses documentées essentielles aux membres de la commission des affaires sociales pour leur permettre de formuler des recommandations. Mais je pense que ça aurait été extrêmement important d'entendre le Conseil médical et qu'il puisse

répondre aux questions des députés. Ce n'est pas juste des commandes de documents, qu'on voulait passer. Alors, je voulais, à ce moment-ci, souligner seulement notre surprise et notre déception de voir que le Conseil médical refuse de venir rencontrer l'ensemble des députés au moment où tous, et unanimement, nous avons décidé de les inviter. Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Williams): Merci, M. le député de Robert-Baldwin. Effectivement, nous avons invité le Conseil médical du Québec sous l'article 170, les consultations particulières. Et, je vais juste citer: «Toute commission peut aussi, par invitation spéciale, solliciter l'opinion de personnes ou d'organismes qui ont une connaissance ou une expérience particulière du domaine qu'elle examine.»

Selon la lettre que nous avons reçue, comme commission, ils disent qu'ils n'ont pas d'expertise dans ce secteur. Avec ça, si c'est la volonté de la commission, on peut redemander le Conseil ou on tient compte qu'ils ont décliné jusqu'à maintenant. Il me semble que nous allons... M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Oui. Moi aussi je supporte les demandes du député de Robert-Baldwin. Il n'en reste pas moins que, lorsque des gens qui sont en position aussi importante que le Conseil médical ne daignent pas venir nous rencontrer, je pense qu'on perd notre temps à leur demander une seconde fois. Ces gens font preuve, je pense, d'un manque de sérieux. À moins que je ne me trompe, dans ma vie antérieure, je pense que, comme médecin, on avait une implication au niveau des thérapies et des médicaments. Si eux ne voient pas ce lien-là, bon, on a des gros problèmes avec eux, et je pense qu'on perd notre temps à leur demander de venir. Je pense que l'incident devrait être considéré comme clos, sauf que je dois manifester mon regret devant leur refus de venir partager avec nous les informations qu'eux auraient pu nous donner.

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

M. Gaulin: Bon, moi aussi, je le déplore. Mais, cependant, nous sommes en commission d'initiative, donc on n'a aucun pouvoir de les obliger à venir nous rencontrer. Ils sont libres, nous sommes dans un pays libre, et nous en prenons acte, comme on dit, comme disait le député d'Argenteuil.

● (10 h 20) ●

Le Président (M. Williams): M. le député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Oui. Je ne veux pas répéter ce que les collègues ont dit. Est-ce que la commission peut signifier à l'organisme notre déception par écrit, cependant?

Le Président (M. Williams): Parfait. On peut faire ça, et, s'il y a des développements, à la prochaine séance de travail, je vais certainement passer le feedback que nous avons reçu. Une excellente suggestion. Avec ça, nous allons envoyer une lettre avec notre déception causée par la lettre que nous avons reçue le 26 février et signée le 22 février. Excellent. Merci beaucoup.

Auditions

Bon. Mais nous avons eu... Le Fonds de la recherche en santé du Québec a accepté notre invitation, et je suis tellement heureux que vous ayez fait ça. Je voudrais dire bonjour à M. le docteur Michel Bureau. Dr Bureau, pouvez-vous présenter votre délégation? Et, après ça, vous pouvez présenter votre perspective sur ce dossier.

Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

M. Bureau (Michel): Merci, M. le Président. Je vous remercie de cette invitation et ce ne fut pas facile d'y répondre promptement. Elle est arrivée sur mon bureau vers le 22 février, pour un mémoire à déposer le 26 et une présentation le 6. Il faut peut-être comprendre la difficulté des conseils de se retourner de bord rapidement et vous donner des informations valables. Je suis le président du FRSQ et il apparaît peut-être utile que vous sachiez quelle est mon expérience dans le milieu de la santé. Je suis médecin, pneumologue et pédiatre. J'ai passé ma vie dans les soins intensifs médicaux jusqu'à 1988, où j'ai dirigé la Faculté de médecine de Sherbrooke à titre de doyen. Et, depuis septembre de cette année, je préside le Fonds de recherche en santé du Québec. Mon collègue, Pierre Boyle, est directeur général du FRSQ. Dr Boyle.

M. Boyle (Pierre): Alors, mon expérience pertinente se situe au niveau d'une quinzaine d'années d'expérience en évaluation des pratiques médicales et des services de santé, tant en milieu hospitalier, universitaire qu'en milieu gouvernemental. Je dois par contre vous souligner que je suis au FRSQ à titre de directeur général depuis seulement un mois, et, donc, ma connaissance de l'organisme a ses limites à cet effet-là. Par contre, le mémoire qu'on vous présente est un effort collectif.

M. Bureau (Michel): M. Sammy Suissa. Dr Suissa est un expert très profitable au FRSQ dans le domaine de l'utilisation des médicaments. Il dirige un réseau de recherche sur l'utilisation des médicaments. Dr Suissa.

M. Suissa (Sammy): Je m'appelle Sammy Suissa. Je suis professeur d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université McGill. Je dirige la division d'épidémiologie clinique de l'hôpital Royal Victoria, et, depuis plusieurs années, ma recherche m'a amené à l'utilisation des médicaments et aux effets des médicaments, mais dans la population générale; non pas dans les hôpitaux mais plutôt dans la population générale, tel que les médicaments sont prescrits de façon réelle et de façon naturelle et tel qu'ils sont utilisés de façon réelle et naturelle dans la société aujourd'hui. Donc, le Dr Bureau m'a invité en tant que responsable du nouveau réseau sur l'utilisation des médicaments au Québec, qui, nous l'espérons, va être subventionné et va mettre en place des mécanismes de recherche dans les questions pertinentes à l'utilisation des médicaments de la société québécoise.

Le Président (M. Williams): Dr Bureau.

M. Bureau (Michel): Merci. Je vais vous guider succinctement à travers le mémoire que nous vous présentons. Un mot d'abord du FRSQ. Le FRSQ est le fonds de recherche en santé du ministère de la Santé et des Services sociaux. J'aime l'appeler le fonds du ministre qui cible les grandes problématiques de santé du Québec. Le Fonds de la recherche en santé, dans son dernier plan triennal, a ciblé les 17 priorités du gouvernement du Québec en matière de santé et a dirigé des actions pour cibler chacune des problématiques que la population québécoise avait comme problèmes et que le ministère avait priorisées.

Il va sans dire que la bonne utilisation des médicaments est une de ces priorités qu'a retenues le FRSQ. Et nous avons déjà mis en place, et vous allez le voir, une stratégie, ces dernières années, pour attaquer ce problème et l'attaquer de façon ciblée et organisée. C'est un moment privilégié pour nous de vous présenter ces stratégies qui peuvent être utiles à la résolution du problème que vous soumettez.

D'entrée de jeu, il apparaît, bien sûr, qu'il y a des déviations dans l'utilisation des médicaments, dans la prescription des médicaments, mais il ne nous semble pas, d'après les statistiques disponibles, que le Québec se distingue en mal parmi les pays industrialisés. Au contraire, il semble, d'après les statistiques que votre ministère lui-même a fournies, que le Québec est dans une position raisonnable quant à l'utilisation des médicaments per capita. Il a cependant les mêmes problèmes que les autres sociétés ont. Et il y a grande place à l'amélioration.

Nous ciblerons, dans ce mémoire, en page 2, au bas de la page, deux types de problèmes. L'un, c'est la surdispensation. Les professionnels de la santé ont des devoirs à faire. Des médicaments naissent rapidement; d'autres disparaissent. Le prescripteur n'est pas toujours au fait des connaissances médicales, des actions nocives d'un médicament par rapport à l'autre. Et il y a du travail à faire du côté du prescripteur de médicaments.

Il y a un autre volet qui est celui de la surconsommation. Et là c'est le public qui est en cause. Le public a des habitudes de consommation de médicaments qui font une certaine pression sur le système de santé, et il y a un processus d'éducation qui doit être fait et il doit être fait à partir des régions. Les régions régionales doivent être en cause. Les CLSC, tout le système de santé de première ligne, mais il y a un travail important à faire dans ce secteur.

● (10 h 30) ●

Comme la plupart des pays industrialisés, le fond, le problème principal touchera probablement la population vieillissante, et, si on a des résultats à obtenir, c'est sans doute la population la plus à risque quant à l'usage des médicaments. Tout le monde sait que nous ajoutons une journée à nos vies à chaque jour. Nous le payons par l'usure de chacun de nos organes et, tôt ou tard, ils deviennent déficients. Ils le deviennent ensemble ou certaines maladies viennent compliquer l'évolution naturelle de la vie. Et cette dynamique amène le corps vieillissant à utiliser, l'un après l'autre, un médicament pour le rein, tantôt pour le coeur, tantôt pour un autre organe. C'est un processus qui, dans l'évolution naturelle, conduirait à la catastrophe si on ne met pas de l'ordre là-dedans.

D'autre part, les compagnies pharmaceutiques s'occupent de cibler les molécules capables d'améliorer la santé des gens et arrivent avec une panoplie médicamenteuse qui est à la disposition des médecins. Et la première tranche de notre population qui est touchée, ce sont les personnes âgées. Les statistiques fournies par Mme Langevin, dans le document d'accompagnement que vous nous avez fait parvenir en nous invitant à cette commission, faisaient état du nombre effarant d'ordonnances utilisées par les personnes de plus de 60 ans, de plus de 65 et de plus de 70 ans. Le message vis-à-vis des personnes âgées sera d'abord de laisser aux professionnels de la santé des disciplines générales — et ceci, le Québec est bien positionné là-dedans — devenir les maîtres d'oeuvre des correctifs à apporter; de l'identification du problème, d'abord, et des correctifs à apporter par la suite.

Il faut se rappeler que la médecine s'est compartimentée. Chaque spécialiste traite une partie du corps et oublie le reste. Et le Québec est bien positionné là-dedans. Contrairement aux États-Unis et à d'autres pays, nous avons une proportion égale d'omnipraticiens et de spécialistes. Et il faut laisser la majorité des soins des personnes âgées aux disciplines générales. C'est là que vous allez trouver les gens à la vue la plus large. Et, ça, ça cadre bien dans la politique d'éducation du ministère de la Santé quant à la répartition des médecins par discipline. Les disciplines générales, ce n'est pas que les médecins; c'est les omnipraticiens, les internistes, les gériatres, les chirurgiens généraux, mais c'est aussi tous les nouveaux collègues professionnels qui forment cette équipe de santé de première ligne. Il y a toujours des infirmières, des infirmières thérapeutes, qui ont souvent leur propre clinique, et on les retrouve à l'intérieur des

CLSC. En d'autres mots, notre message est de laisser à la santé de première ligne le soin de s'attaquer la première au problème de la surmédication des personnes âgées.

L'autre bout de la vie où il y a des problèmes de surmédication, c'est l'enfance; toute l'époque périnatale et l'enfance. Quel bambin n'a pas le rhume et ne court pas chez le médecin pour avoir une thérapie? Un rhume traité ou non traité dure sept jours ou une semaine, c'est la même chose, et il y a un abus de médication à cet âge de la vie. Et, encore là, les groupes de santé de première ligne sont les premiers et les plus efficaces pour s'adresser à ce problème.

Pour avoir siégé à plusieurs conseils d'administration d'hôpitaux, ces dernières années, le milieu hospitalier lui-même — et on a dans le député d'Argenteuil un ancien directeur général d'hôpital qui connaît très bien la problématique — les coûts de la santé, au budget de l'hôpital, des médicaments sont énormes. On a vu, ces dernières années, cependant, des conseils d'administration un peu plus prudents lorsqu'ils ont fermé ou mis un plafond à l'enveloppe budgétaire de l'hôpital en matière de médicaments. Cependant, on veut rappeler que les conseils d'administration sont mal outillés pour dire non à un médecin ou à un groupe de médecins qui dit que telle médication, même si elle coûte 10 fois le prix de la précédente, est utile et doit être utilisée le lendemain matin, de l'ajouter au formulaire de l'hôpital. Il y a un problème là. Des fois, le plaidoyer est justifié; des fois, il a subi une influence trop grande de ceux qui font la promotion de leur médication, de façon bien attentionnée, je n'en doute pas, mais ceci conduit souvent à une surutilisation d'un nouveau médicament et à des coûts importants au budget de l'hôpital. Alors, l'entrée du médicament dans le formulaire de l'hôpital a besoin d'un bon travail du conseil d'administration des institutions et a besoin d'outils que, actuellement, d'après moi, ils n'ont pas.

Il y a cependant des succès, déjà, dans les hôpitaux. Le RRUM — et j'oublie le nom là, mais c'est la bonne utilisation... M. Boyle...

M. Boyle (Pierre): C'est le Réseau de revue d'utilisation des médicaments.

M. Bureau (Michel): ...qui, déjà, produit des effets et aide le conseil d'administration à bien coiffer l'enveloppe de ses dépenses en matière de pharmacie de l'hôpital.

Le programme «malades sur pied», mis de l'avant par l'État en 1981, qui visait cinq groupes de malades, le cancer, la santé mentale, divers groupes de malades qui faisaient un usage de médicaments, mérite d'être poursuivi. Ce programme «malades sur pied» imposait un ticket modérateur de 2 \$ par prescription par médicament et par mois. Je ne pense pas que le ticket modérateur soit vraiment un frein à l'usage de médicaments, mais il amène le client à contribuer lui-même un peu aux coûts des services qu'il consomme. Le FRSQ n'a pas

d'opinion précise sur ce ticket modérateur. Ça nous apparaît être une question de politique, de participation du client aux coûts de la médication. Je ne crois pas cependant que ce soit un mécanisme très efficace pour freiner l'abus de médication.

L'usage de médicaments, actuellement, est confronté au virage ambulatoire. En deux mots, les patients vont quitter l'hôpital après un très court séjour à l'institution et ils seront, au moment où ils quittent l'institution, encore dans une condition qui exige l'usage de médication. Il nous semblerait que, si l'État veut un virage ambulatoire efficace, il y ait une certaine couverture de cette médication pour ces malades dans des conditions aiguës qui quittent l'hôpital. Il ne faudrait quand même pas revenir à une situation où on garde le patient deux, trois jours de plus à l'hôpital parce qu'il n'est pas capable d'acheter ses médicaments. Alors, notre position est à l'effet que cette couverture devrait être étendue et qu'une partie de budget sauvée au budget de l'hôpital devrait être transférée à ce chapitre.

Maintenant, quant à l'abus de médicaments ou le mauvais usage, plusieurs stratégies doivent être adoptées pour en réduire les coûts ou amener la rectitude dans l'usage des médicaments. Et ces stratégies mériteront plusieurs cibles. D'abord, identifier les groupes à risque. Là-dessus on a besoin d'un peu d'études, mais je ne dirais pas qu'il y a beaucoup de travail d'identification et de recherche à faire sur les premiers groupes à risque, que vous connaissez aussi bien que moi, que sont les personnes âgées et les enfants, puis, à un certain âge de la vie, un groupe de femmes. Et il y a des études nationales et internationales et provinciales qui ciblent à peu près partout le même problème.

Alors, je ne perdrai pas trop de temps dans des études extrêmement élaborées, même si nous sommes un fonds de recherche. Je ciblerais plutôt un type d'approche où la recherche doit conduire à des résultats immédiats et mesurables. Mais il y a, au départ, besoin d'un inventaire et de priorisation au Québec, que, le groupe cible à risque, nous sommes suffisamment documentés pour en faire une bonne identification et cibler des actions qui en découlent.

Il y a donc l'identification du groupe cible. Ensuite, il y a le monitoring médical. Et je suis médecin moi-même, ça m'agace d'utiliser cela. Mais le médecin qui fait une prescription ne sait pas toujours qu'elle est en contradiction avec d'autres prescriptions et médicaments que le malade a. Et il y a des médecins qui sont plus déviants à cet égard que d'autres. L'État a peut-être les outils avec les prescriptions qui sont payées par la RAMQ pour mesurer où se font les plus grandes déviations et donner une rétroaction pour amener une plus grande rectitude dans l'utilisation des médicaments par la profession médicale.

Il reste que, si vous ne mettez pas la profession médicale et, surtout, les groupes des omnipraticiens qui font 80 % des prescriptions, on n'atteindra jamais de résultat. Alors, il faut les mettre dans le coup, amener leur partenariat à cette action.

Bien sûr que, quand on parle de médications et de médications nouvelles, on n'évitera jamais de poursuivre la recherche fondamentale sur la toxicité des médications. Cette recherche fondamentale se passe en grande partie sur le territoire des compagnies pharmaceutiques, mais aussi dans les facultés de médecine, les universités, les facultés de sciences en font aussi un peu, et elle devra continuer de recevoir le support dont elle a besoin pour identifier les drogues, leur efficacité et leurs limites.

Les leviers appropriés. Maintenant, le problème est extrêmement grand: Comment rejoindre les médecins qui prescrivent bien, les médecins qui prescrivent mal, les hôpitaux qui n'accordent pas de budgets suffisants au chapitre de la pharmacie ou d'autres qui en accordent trop? Il y a un travail qui doit être fait et cela doit être fait par divers groupes qui peuvent y contribuer. Et le FRSQ a certainement un rôle très important qu'il peut jouer à cet égard.

• (10 h 40) •

Le FRSQ a cinq programmes que nous avons bâtis ces dernières années pour cibler exactement les problèmes que vous mettez sur la table. En plus de ces cinq programmes, il y en a un sixième qui nous sert aussi à cette cause. Le premier programme, il est fait... Et je les ai mis en annexe du mémoire pour que vous puissiez en prendre connaissance. En annexe du mémoire, c'est notre cuisine interne, mais qui vient apporter un peu de substance à ces cinq programmes qui sont décrits.

Le premier, en page 12, décrit le programme conjoint du FRSQ avec le Conseil consultatif de pharmacologie. Ces deux organismes subventionnaires ont décidé de cibler ensemble certains types de médicaments pour lesquels il nous apparaît qu'il y a un désordre aujourd'hui et de financer des équipes qui identifient la nature du désordre. Ceux-ci ne passent pas à l'action cependant. Ils identifient le problème.

Nos autres programmes permettent, eux, de s'adresser plus facilement à une recherche action ou à l'implantation de mesures capables de résoudre, en partie au moins, le problème. Nous avons créé, il y a deux ans déjà, le réseau de recherche sur l'utilisation des médicaments. Alors, nous avons regroupé 46 chercheurs du Québec dans un réseau et nous subventionnons l'infrastructure de ce réseau. C'est le Dr Sammy Suissa qui le préside actuellement. Ce réseau de 46 chercheurs avec 150 étudiants aux études avancées met ses énergies pour s'adresser vraiment à comment amener la population du Québec à faire un meilleur usage des médicaments et comment amener les prescripteurs à mieux utiliser la pharmacopée qui est à leur disposition.

S'ajoute à ce réseau un réseau de santé de première ligne. La recherche, il faut comprendre d'où elle vient. C'est d'habitude les surspécialités qui ont développé la recherche: les cardiovasculaires, le pneumologue, le néphrologue. Mais la recherche au niveau du médecin de première ligne, l'omnipraticien, la culture n'est pas là. Il faut la bâtir, il faut la mettre là. Si on

veut réaliser les objectifs que nous voulons, il faut que ce groupe de médecins et de gens de sciences infirmières, et de gens du milieu social, aussi, les autres professionnels de la santé, ait l'habitude de se poser des questions pertinentes quant à l'usage de médicaments. Le FRSQ a senti ce besoin et a développé un réseau de recherche en santé de première ligne. Ils peuvent s'adresser à n'importe quoi, par exemple la violence à la famille, ou bien ils peuvent s'adresser, si nous sommes d'accord, au bon usage des médicaments, et ils sont en communication avec les CLSC, avec les régies régionales qui ont aussi des priorités de développement. Alors, à ce niveau-là, c'est un excellent programme pour aider le ministère à atteindre son objectif.

Un réseau que nous venons de constituer constitue le réseau de promotion de la santé. C'est un réseau qui aura une mission d'éducation et qui peut aussi cibler de façon efficace le bon usage de médicaments. Enfin, le réseau de gériatrie a cinq thèmes qui sont ses priorités, et l'un de ces cinq thèmes, c'est la consommation et les abus de consommation des médicaments chez les personnes âgées.

Alors, il y a beaucoup de travail à faire. Nous apportons une contribution de cinq programmes qui sont jeunes — ils datent de deux ou trois ans — et qui sont des outils dont le ministère devrait faire bon usage. Et je suis sûr qu'avec cela il peut atteindre une bonne partie de ses objectifs.

On ne serait pas complet si on ne parlait pas des coûts et si on ne parlait pas des compagnies pharmaceutiques et de leur rôle dans tout ça. Les compagnies pharmaceutiques, au Québec, ont une excellente réputation. Elles rendent un service inestimable. Juste pour faire image, rappelez-vous quand M. Bouchard était malade d'une bactérie assez résistante aux médicaments, c'est ce monde-là qui invente les médicaments appropriés pour les futures générations de bactéries qui nous guettent.

Cependant, les organismes, les compagnies pharmaceutiques, c'est des firmes dont l'objectif est d'avoir un profit. C'est normal. Ce sont des firmes privées. C'est leur nature. Elles aident en produisant de nouveaux médicaments, mais elles font aussi des pressions sur le système de santé en matière de coûts. Chaque nouveau médicament a un coût plus élevé. Il est protégé par les brevets. Il y a un équilibre à faire entre les avantages à céder à l'industrie pharmaceutique, qui, de son côté, développe l'industrie biomédicale dans le domaine pharmaceutique, et la nature de ces avantages. Nous ne sommes pas en mesure de tirer la ligne où cela est juste et équitable, mais il ne faut pas non plus être naïfs. Ces compagnies seront utiles mais devront aussi travailler avec les autres organismes qui doivent s'occuper de s'assurer que les coûts restent à l'intérieur d'enveloppes raisonnables.

Les compagnies pharmaceutiques, lorsqu'elles avaient reçu l'appui du Québec — et j'étais doyen à l'époque, j'ai personnellement apporté ma signature à cet appui dans la publicité nationale — avaient promis

qu'elles allaient investir dans la recherche 10 % de leurs ventes. Et, en général, au Canada, elles ont un bilan où elles disent: On a respecté notre engagement et, au Québec, on l'a dépassé. C'est vrai. Ce n'est pas vrai pour toutes les compagnies puis ce n'est pas vrai dans tous les programmes. Certaines d'entre elles ont tendance à appeler «recherche» des choses que nous, les chercheurs, jugeons qui n'est pas de la recherche mais qui est bien du marketing de médicaments. Alors, il y a quelques déviants. Il ne faut pas accorder trop d'importance à cela, mais elles doivent se rappeler de leurs engagements en échange d'avantages qu'elles ont reçus.

Le FRSQ compte avec l'industrie pharmaceutique. Plusieurs font un travail honorable, ayant des programmes d'éducation du public et d'éducation médicale quant au bon usage de la médication. Mais ça me semble des gestes passablement isolés qui produiront, d'après moi, peu d'effets si ce n'est pas coordonné avec d'autres organismes. Et, à cet égard, le FRSQ aura des propositions à leur faire. Avec nos cinq programmes, si nous nous allions les efforts de l'industrie pharmaceutique, probablement qu'on est capables d'amener le Québec à une meilleure rectitude dans l'usage des médicaments.

Nous pensons que le Québec doit continuer de protéger la place privilégiée de l'industrie biopharmaceutique, mais je pense que le Québec doit être vigilant aussi et exiger aussi que les promesses soient tenues. Mais je pense que ça se passe convenablement au Québec. Il y a de la place, cependant, à l'amélioration.

Alors, en conclusion, le Québec n'est pas un délinquant dans l'usage des médicaments à travers le monde. Il est un État organisé et qui le fait de façon raisonnable. S'il y a des coûts inutiles liés à la mauvaise prescription et à la surconsommation, on doit faire tout effort pour les contraindre. Puis, s'il est vrai, comme le disent certaines études, que 15 % des malades admis à l'hôpital ou de ceux qui se présentent à l'urgence le doivent à une mauvaise utilisation de médicaments, le coût de ça, 15 %, c'est à peu près 1 000 000 000 \$ par année de dépenses inutiles. Ce n'est pas un organisme, ce n'est pas un groupe qui pourra apporter les correctifs, c'est plutôt un consortium. Et quelques organismes que le Québec s'est donnés, dont, je pense, le FRSQ est le plus ancien et le plus mature, et peut-être le leader naturel, avec les autres organismes — le conseil des technologies, le CQRS — et avec le maillage adéquat avec l'industrie pharmaceutique... Je pense que cinq de nos programmes sont des leviers extraordinaires pour atteindre l'objectif que vous mettez sur la table aujourd'hui. Je pense que le Québec peut apporter des correctifs extrêmement utiles et à court terme, sans que ça coûte extrêmement cher, et beaucoup moins cher que les dépenses inutiles actuellement faites en matière d'usage de médicaments.

On a tendance à dire que les médecins ne rentreront pas spontanément dans ce mécanisme de surveillance et de correctifs, et je pense le contraire. Avec une présentation raisonnable, ciblant là où est le problème, de ceux qui font les prescriptions — c'est les médecins

de première ligne — nous aurons toute la collaboration nécessaire, et je suis sûr qu'à court terme on pourra obtenir les objectifs souhaités. Voilà, à vol d'oiseau, le sommaire de nos réflexions rapides sur ce sujet.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup, Dr Bureau, pour votre présentation. Le premier député qui a demandé à questionner, c'est le député de Robert-Baldwin. Je vous passe la parole.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Dr Bureau, on est plus familier... On vous a appelé tellement longtemps M. le doyen Bureau. On est heureux de vous voir à la présidence du FRSQ, de vous voir avec nous, que vous ayez accepté notre invitation. Je voudrais également saluer vos collègues, le Dr Boyle et M. Suissa. Je dois vous remercier de la qualité de la présentation que vous nous avez faite. Je pense qu'en très peu de temps vous avez réussi, comme vous nous avez toujours habitués, à présenter des documents extrêmement bien étoffés.

• (10 h 50) •

J'aimerais, comme première question, vous demander de nous comparer un peu, peut-être, un ordre de grandeur de ce qui est fait en recherche en pharmacologie au Québec par rapport, peut-être, aux autres provinces, un peu ce qui se fait aux États-Unis. Comment on se situe dans, peut-être, notre présence mondiale ou un peu plus internationale dans ce domaine-là?

M. Bureau (Michel): Le Québec est en train de devenir un État de prédilection où les gens de l'extérieur veulent venir faire de la recherche médicale. Il y a plusieurs raisons à ça. Le Québec a des incitatifs à la recherche en pharmacologie. Par exemple, la firme Deloitte, Touche récemment publiait un rapport où ils disaient que, pour les compagnies admissibles au crédit d'impôt, un dollar investi en recherche au Québec coûte... Je pense que le vrai chiffre, c'est 0,48 \$ en Ontario et 0,29 \$ au Québec. Alors, nous avons un incitatif important. Le deuxième argument que le Québec utilise: Nous supportons l'industrie pharmaceutique, et les plus vifs défenseurs du bill C-22 et C-93 au fédéral, protégeant l'extension des brevets, étaient au Québec. Alors, j'entendais, à un séminaire de biotechnologie, dernièrement, des firmes américaines qui souhaitent venir faire ici leur recherche. Et le Québec a bien organisé son réseau de santé, d'après moi. Les réseaux universitaires, nos universités sont fortes. Le résultat, je pense que le chiffre, là — vous me prenez à brûle-pourpoint — c'est 48 % de la recherche dans ce domaine au Canada qui est faite au Québec.

Au Québec, parmi les retombées des compagnies pharmaceutiques qui avaient promis de mettre 10 % de leurs ventes en recherche au Québec, c'est plutôt de l'ordre de 20 %. Alors, l'ensemble des compagnies, on peut bien en disputer quelques-unes parce qu'elles appellent de la recherche ce que nous trouvons qui n'est pas de la recherche, là, mais les firmes se comportent

convenablement. Elles ont encore un petit effort à faire, à mon point de vue. On a des suggestions à leur faire.

Est-ce que je réponds à votre question? Nous nous positionnons bien dans le marché international. Ce qui est un problème au Canada, c'est que les multinationales ont leurs gros centres de recherche en-dehors du pays. Ce n'est pas au pays que ça se passe. Alors, les bills C-22 et C-91 viennent dire maintenant: On développe des stratégies pour que vous fassiez une partie de votre recherche chez nous.

Le Président (M. Williams): M. le député.

M. Marsan: J'ai remarqué aussi, dans votre mémoire, que vous nous faites une bonne suggestion. Vous dites: Dans le cadre du virage ambulatoire, bien, les économies qu'on va faire en diminuant le nombre de jours de courte durée, qu'on puisse les récupérer pour financer un régime d'assurance-médicaments. C'est bien ma compréhension et c'est ce que vous souhaitez, comme Fonds de recherche en santé?

M. Bureau (Michel): Oui. Nous pensons que, pour cette période où le patient quitte l'hôpital de façon précoce par rapport à la situation antérieure, on a besoin de cet outil pour que ça marche. Tous les médecins savent qu'on a gardé des patients à l'hôpital des journées additionnelles pendant bien longtemps parce qu'on n'arrivait pas à trouver l'argent pour leur donner les médicaments. Alors, ce serait se tirer dans le pied que de ne pas faire en même temps une couverture de médication dans les jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Puis ce n'est pas un endroit où il y a de l'usage de médication abusif. Le malade aigu qui a passé quelques jours à l'hôpital, il s'en va chez lui, il prend pendant une semaine encore sa médication, mais ce n'est pas un endroit de surmédication, ce n'est pas un secteur à risque. Alors, une bonne assurance ne conduirait pas à des abus.

Dans le mémoire, je fais une petite parenthèse. Il y a une exception. La profession médicale vis-à-vis de l'acharnement thérapeutique utilise encore des médications extrêmement coûteuses. Les médicaments anticancéreux sont extrêmement coûteux. Et elle l'utilise de façon prolongée, bien au-delà de — à un moment donné, il faut rendre les armes, là — ce que nous pensons raisonnable. Alors, là, il y a un coût qui n'est pas négligeable, attaché à cette médication.

M. Marsan: En terminant, un commentaire. Je pense que c'est important, ce que vous venez de nous dire, surtout que, si on peut récupérer des sommes, bien, qu'on puisse les affecter à une autre problématique qui est celle du régime d'assurance-médicaments, c'est sûrement une école qu'on va supporter.

Par contre, il y a aussi une autre école qui dit qu'on devrait tout récupérer pour aller au fonds consolidé. Alors, c'est là qu'on apprécie de recevoir votre commentaire aujourd'hui. Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Williams): Merci. M. le député d'Argenteuil. Allez-y.

M. Beaudet: M. le président du FRSQ, il me fait plaisir de vous accueillir ce matin et de voir qu'au moins il y a quelques médecins qui ont répondu à notre appel. Il y en eu d'autres hier aussi d'ailleurs. Il me fait plaisir de saluer M. Boyle, avec qui j'ai travaillé, d'ailleurs, lorsque j'étais dans ma vie antérieure, à l'Hôtel-Dieu, sur les projets de raccourcir les séjours à l'hôpital et aussi les examens.

Vous nous avez évidemment mis en garde en nous demandant d'agir avec prudence dans l'évolution de la situation financière actuelle et, peut-être, les intentions dévoilées à mots couverts par le ministère de revoir la protection des médicaments innovateurs. Je comprends que la situation financière actuelle du gouvernement, de notre gouvernement — parce que c'est les citoyens du Québec qui sont dans cette position-là — l'incite à remettre tout en question. Et votre appel à la prudence m'apparaît tout à fait justifié, aujourd'hui, de nous dire de ne pas prendre de décision hâtive là-dedans.

On sait que les compagnies pharmaceutiques, au Québec, investissent des montants importants dans la recherche. Et oui aussi, je suis d'accord que toutes les compagnies n'ont pas joué leur rôle de bons citoyens corporatifs, mais il ne faudrait pas pénaliser l'ensemble pour quelques-uns qui n'ont pas laissé retomber au Québec les sommes auxquelles ils s'étaient engagés. Et je pense que c'est peut-être un bon moment, aujourd'hui, de revoir cette question-là, pour justement les sensibiliser encore plus pour qu'ils tiennent leurs engagements.

Vous avez mentionné aussi, tantôt, comme mon confrère de Robert-Baldwin l'a soulevé, qu'il y aurait des économies par le système ambulatoire. Évidemment, le gouvernement a plus l'intention de récupérer ces sommes d'argent pour les assigner à d'autres éléments que de les laisser dans le système de santé actuel et peut-être de supporter un régime d'assurance-médicaments. Lorsqu'on sait qu'il y a 62 % des gens qui sont déjà assurés pour les médicaments, qu'il y en a 20 % qui sont déjà couverts, c'est-à-dire les gens âgés et les gens qui sont sur la sécurité du revenu, il nous reste un 20 % de personnes, parmi lesquelles il y a, évidemment, des travailleurs... Ce n'est pas tous des gens dans des difficultés financières. Tous les travailleurs autonomes font partie de ce 20 % là. Il y en a plusieurs. Les professionnels en font partie et d'autres qui sont des travailleurs autonomes et aussi ceux qui n'ont pas les revenus suffisants pour se permettre une assurance. Et, évidemment, comme le gouvernement veut récupérer les sommes d'argent, je suis loin de penser que l'orientation qu'il va prendre, ça va être de les attribuer à un régime d'assurance-médicaments.

Dans votre réflexion, évidemment, je pense que vous me dites que, oui, vous êtes favorable à un système d'assurance-médicaments au Québec. Est-ce que vous

avez envisagé un système particulier ou un mécanisme de fonctionnement dans lequel le gouvernement pourrait s'engager, que ce soit un système d'assurance-médicaments universel, administré, géré et financé par le gouvernement, que ce soit un système mixte, un système par le privé? Est-ce que vous avez réfléchi à cette avenue?

M. Bureau (Michel): Je pense que je ne peux pas vous donner une réflexion raisonnable, alors, je ne peux pas y faire de commentaires, sauf réfléchir tout haut avec vous. Et, vous le pointez bien du doigt, le trou dans le système de couverture est étroit. C'est à peu près 20 % de la population. Alors, il faudrait que la solution ne soit pas plus grande que le problème n'est. C'est un petit créneau de la population. Mais ceux-là sont dans de grandes difficultés et ne sont pas couverts du tout, et ils doivent être couverts. Maintenant, les formules, je n'ai pas de réflexion arrêtée là-dessus. Je ne sais pas si mes confrères qui baignent dans ce domaine peuvent ajouter.

• (11 heures) •

M. Suissa (Sammy): Est-ce que je peux donner une opinion personnelle là-dessus? On peut faire ça? Je dirais que, un grand oui, on devrait absolument travailler dans cette direction-là. Ce serait aussi une façon éventuelle de gérer le coût global à la société. Parce qu'on parle de coûts, mais il y a les coûts qui sont entraînés par le gouvernement et il y a les coûts, aussi, qui sont entraînés par l'individu même. Mais, quand on peut parler de coût global à la société, ce serait peut-être une façon efficace de contrôler ces coûts-là, puisqu'on a déjà un mécanisme qui couvre une bonne partie de la population. Le mécanisme est en place avec le CCP, avec la RAMQ. Donc, pour moi, mon opinion personnelle, c'est un grand oui pour la société québécoise. Ça fonctionne en Saskatchewan, ça peut très bien fonctionner ici aussi.

M. Beaudet: Vous avez mentionné aussi que les compagnies pharmaceutiques, évidemment... Vous n'avez pas mentionné cet aspect-là, qu'elles sont en affaires pour faire de l'argent, elles ne sont pas là pour en perdre, et qu'elles jouent un grand rôle de marketing lorsqu'un nouveau médicament est mis à la disposition du public. Oui, la compagnie pharmaceutique joue un rôle d'information, il est évident, et de marketing, auprès des médecins et aussi de toute la population, à cause du marketing qu'elles font à la télévision et dans la radio et dans les journaux, mais on ne peut pas se sortir du fait que le prescripteur, c'est le médecin. C'est lui, en dernière analyse, c'est lui qui prend la dernière décision de prescrire le médicament. Et, moi, j'ai l'impression qu'il est souvent influencé non pas seulement par le marketing, mais par le fait qu'on lui dit: Ça, c'est un meilleur médicament. Il y a un exemple que j'ai — et je l'ai même mentionné hier, mais que je peux rementionner aujourd'hui — c'est lorsque la Cipro est devenue disponible. Alors, la Cipro, c'est devenu le médicament pour les maux de gorge alors qu'il y avait encore la

bonne vieille pénicilline qui était encore tout à fait aussi utile et beaucoup moins dispendieuse. Alors, il y a eu des coûts évidemment à ça. Est-ce que les facultés de médecine — parce que, dans votre vie antérieure, vous y avez apporté une contribution importante — ne manquent pas à leur rôle de sensibiliser les étudiants, lorsqu'ils sont en stage, au fait de ne pas partir en peur, de vraiment demeurer, quand même, conservateurs sur des choses qui sont encore efficaces? Parce qu'il y a des médicaments qui sont encore très efficaces pour certaines pathologies que l'on connaît, et les médecins sont enclins à utiliser des médicaments beaucoup plus dispendieux dont l'efficacité n'a pas été vraiment démontrée. Est-ce que les facultés de médecine ne manquent pas à leur rôle là-dedans?

M. Bureau (Michel): Ça me fait plaisir, cette question, et je dis souvent: Les facultés de médecine — et je le disais dans ma fonction de doyen — nous sommes encore les mauvais modèles. On a été élevés, vous et moi, et vous êtes médecin aussi, à une époque où on ne se posait pas la question du coût du médicament pour faire une prescription. Alors, c'est nous qui enseignons aux étudiants d'aujourd'hui, et nous devons nous-mêmes faire notre propre transformation. Aujourd'hui, il faut savoir ce que coûte la prescription que nous signons à chaque jour. On a été élevés dans un contexte qui est différent, et nos professeurs ne sont pas suffisamment sensibilisés à cela.

Ça m'inquiète quand ce sont les compagnies pharmaceutiques qui font l'éducation des médecins. Ce n'est pas normal. Et je veux bien croire qu'elles veulent être objectives, mais ce n'est pas leur fonction. Elles auront la tendance humaine d'appeler... de mettre en exergue leurs propres produits. Et vous avez raison. Les nouvelles médications ne doivent pas remplacer les anciennes moins coûteuses et génériques. Elles doivent les remplacer quand celles qui étaient efficaces ne le sont plus. La promotion médicamenteuse dit, bon: Cette nouvelle médication peut tout couvrir. Et là il y a de l'abus et il y a des coûts importants associés à ça.

Ce que le FRSQ propose, c'est: L'effort des firmes pharmaceutiques en matière d'éducation doit devenir dépersonnalisé, il doit se faire à travers les facultés de médecine, à travers les organismes professionnels, à travers le FRSQ. Cet effort-là ne doit pas être... Il ne faut pas que ce soit les compagnies pharmaceutiques qui éduquent les médecins. Elles ont une contribution à faire, mais ce n'est pas leur rôle premier. Et puis je ne pense pas qu'elles vont être les champions là-dedans, l'information va être biaisée.

Il y a une question de surveillance de tout ça qui doit être mise en place, et M. Boyle me faisait état de quelques remarques qu'il avait à cet égard. Pierre.

M. Boyle (Pierre): Bien, je pense que notre préoccupation doit dépasser celle des stricts coûts, parce que c'est aussi une préoccupation qui doit toucher des résultats, des résultats en termes de santé. Et les ques-

tions de coûts, c'est une des dimensions, mais l'autre question... Est-ce que c'est le bon médicament au bon patient au bon moment? Est-ce que la dose est adéquate? Est-ce que la posologie est adéquate? Est-ce que le mode d'administration est approprié pour tel patient dans telle situation? Et, dans le contexte du virage ambulatoire, il est légitime qu'on se préoccupe de tenter d'éviter des préjudices financiers que pourraient subir des patients qui, en hospitalisation, verraient leurs médicaments couverts et que, dans une éventualité où ils quitteraient l'hôpital plus vite, auraient à défrayer ces coûts-là de leur propre poche. C'est une dimension de préoccupation.

L'autre dimension, c'est de voir le patient qui est à l'hôpital et voit sa médication surveillée par le médecin, par le pharmacien, qui est de plus en plus impliqué dans le traitement en milieu hospitalier, et, au moment où ce traitement se poursuit à domicile ou dans un autre environnement, est peut-être laissé un peu à lui-même. Donc, c'est une préoccupation qu'il va falloir avoir en termes de surveillance des soins médicamenteux en dehors des milieux institutionnels conventionnels, comment ça doit s'articuler, quel est le rôle de l'infirmière, quel est le rôle du médecin traitant, quel est le rôle du médecin du CLSC qui, dans bien des cas, devient un peu responsable de ces patients-là, dépendant de l'existence de protocole entre le CLSC et l'hôpital. Et, ça, c'est quelque chose qui va devoir être surveillé.

Par contre, quand on parle de monitoring des pratiques médicales quant à l'utilisation des médicaments, on est très peu équipé pour le moment. La base d'information n'est pas suffisante, bien que des technologies de transmission d'information puissent exister. On peut penser à l'expérience de la carte à puce, par exemple, qui est certainement, en tout cas, le type d'initiative qui peut offrir des solutions dans ce sens-là. Mais, au-delà de l'information, il faut développer des méthodes d'analyse pour pouvoir interpréter ces informations-là et poser un jugement judicieux quant à l'efficacité, à la pertinence et au rapport coût-efficacité de diverses pratiques, identifier des médecins qui, dans certaines circonstances, ont des pratiques qui ne sont pas conformes à l'état des connaissances. Et, ça, ça présume que les médecins aient ces connaissances-là à leur disposition, ce qui n'est pas simple parce que le bagage de connaissances est énorme. Il y a peut-être des développements de systèmes experts qui peuvent être envisagés dans ce contexte-là.

Donc, le développement de connaissances au niveau des modèles d'analyse des pratiques médicales à cet égard-là est certainement quelque chose qui mérite un développement important. Et peut-être que la part des compagnies pharmaceutiques, dont certaines manifestent un intérêt très clair dans ce domaine-là, pourrait être un créneau où une partie de leur contribution à la recherche et développement pourrait être dévolue.

Le Président (M. Williams): Merci. Excusez. Dr Suissa.

M. Suissa (Sammy): Oui, s'il vous plaît. Je voudrais apporter une nuance particulière quand on parle des personnes âgées, une réponse à cette question. C'est qu'il faut comprendre que la politique actuelle, qui nous permet d'approuver des nouveaux médicaments, de mettre des nouveaux médicaments sur le marché, essentiellement cause un manque de connaissances pour la prescription chez les personnes âgées. C'est que cette politique ne permet pas des études chez les personnes âgées. Donc, les études sur les nouveaux médicaments sont faites chez des personnes qui ne sont pas des personnes âgées, mais, éventuellement, les médicaments vont être utilisés chez ces personnes âgées là sans avoir été étudiés là-bas. Et là il y a donc essentiellement un manque de connaissances.

Alors, quand on parle de formation envers les jeunes médecins, il y a, finalement, un manque d'informations, de connaissances à leur transmettre par rapport à la prescription chez les personnes âgées. L'exemple classique, c'est le cholestérol, la réduction du cholestérol. On sait que la réduction du cholestérol va réduire la mortalité cardiovasculaire, mais, seulement, chez les personnes âgées, ce n'est pas si certain que ça. Et il n'y a pas eu ces études-là. Et les personnes âgées de 70 ou 75 ans et plus sont des gros consommateurs de ces médicaments-là. Seulement, il n'y a pas d'informations, il n'y a pas de connaissances là-dessus. Donc, ce qui est une prescription appropriée chez quelqu'un peut être une prescription inappropriée chez quelqu'un d'autre. Il n'y a pas de références à ce niveau-là.

• (11 h 10) •

Je voulais ajouter un autre point, aussi. Quand on parle d'utilisation inappropriée de médicaments, il faut aussi considérer un autre type d'utilisation, qui est la sous-utilisation du médicament. On a tendance à penser toujours surutilisation, utilisation combinée, mais il faut aussi penser à la sous-utilisation. Il y a des médicaments très efficaces, qui permettent d'augmenter la qualité de vie de la personne, de réduire la maladie et d'économiser en bout de ligne. On peut penser à l'asthme, par exemple. Il y a plusieurs études sur l'utilisation des corticostéroïdes, qui permettent une meilleure qualité de vie et aussi de réduire les hospitalisations subséquentes reliées à l'asthme. Maintenant, une bonne utilisation de médicaments devrait réduire cette utilisation, ces hospitalisations-là, mais ce qu'on a remarqué quand on fait des études, c'est qu'il y a un grand nombre d'asthmatiques qui sous-utilisent les médicaments. Donc, à ce niveau-là, il faudrait aussi ajouter cet aspect de sous-utilisation.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup.

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

Le Président (M. Williams): Dernière, s'il vous plaît, parce qu'il y en a plusieurs autres qui attendent.

M. Beaudet: Rapidement. Si je comprends bien, vous avez mentionné que, peut-être, ce n'est pas à l'industrie pharmaceutique de former les médecins. Donc, vous favoriseriez le fait qu'il n'y ait plus de représentant qui aille voir le médecin dans son bureau. Ce n'est peut-être pas jusque-là, mais, dans l'interrelation des médicaments, où on a mentionné qu'il y avait presque 15 % à 20 % des hospitalisations qui sont des effets interreliés à cause des médicaments... On sait bien qu'un médicament a un effet. Si on ajoute un autre médicament, il va y avoir encore plus d'effets et non seulement l'effet chez le patient, mais l'effet avec l'autre médicament. Si on en ajoute un troisième... Alors, comme vous l'avez mentionné, la machine vieillit tous les jours, et, par nécessité, on a des appels à des médicaments multiples. On ne pourra jamais se sortir de ce marasme-là, de l'effet intermédicamenteux. Si on prend un emphysémateux et un cardiaque puis qu'on lui donne des bêtabloquants, bien, c'est évident qu'on va avoir des problèmes respiratoires. Comment on en sort? Pour le moment, c'est là où on en est.

Je ne sais pas comment on va se sortir de ce marasme-là. Mais la médication va avoir des effets. Plus on va en donner, plus on va avoir d'effets reliés l'un à l'autre. Je ne sais pas comment en sortir.

M. Bureau (Michel): Je pense que la médecine de première ligne et le rôle des généralistes et des gériatres là-dedans sera clé dans l'identification de la balance entre la sur et la sous-utilisation médicamenteuse.

M. Boyle (Pierre): On a peut-être un environnement qui est propice à des développements de ce côté-là. Une étude dont on me faisait part très récemment et qui a été réalisée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1993, je crois, identifiait que, parmi des personnes âgées chez qui on avait identifié ce qu'on appelle des ordonnances potentiellement non appropriées, dans 80 % des cas, ces personnes avaient un seul prescripteur et une seule pharmacie. Donc, on peut facilement imaginer les possibilités, et c'est implanté dans d'autres pays, de système de surveillance électronique où, soit par un numéro d'identification unique ou soit par un lien électronique entre les réseaux de distribution, au niveau des entreprises de distribution, les chaînes de pharmacies, si vous voulez... que ce système de surveillance permette au moins d'identifier des cas flagrants potentiels d'interaction médicamenteuse.

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

M. Gaulin: M. le Président, d'abord, je voudrais remercier les représentants du Fonds de la recherche en santé du Québec d'être avec nous pour nous éclairer.

Je voudrais me reporter à la page 3 de votre mémoire, où vous parlez du corps vieillissant qui conduit à la polymédication. Alors, on sait que l'adage

latin nous disait: Vita in motu, mais, en l'occurrence, c'est aussi: Mors in motu. Ça a l'air que la mort est dans le fait de durer, et plus on dure, plus on se meurt.

Maintenant, les aînés, hier, nous disaient qu'on avait beaucoup investi dans la santé et qu'on pouvait peut-être dire que, comme on est une société appelée à vieillir, ça coûtera encore plus cher. Mais on a entendu des hypothèses qui voulaient que, comme on a beaucoup investi, il se peut aussi qu'on ait rattrapé du temps perdu. Comme vous le disiez vous-même tout à l'heure, M. le président, on tient davantage compte de la médication, du prix des médicaments, par exemple. Alors, il y a une attention qui a été portée aussi aux effets secondaires de la médication. Donc, il y a une consommation inutile, que vous évoquez à votre page 5, qui n'aura peut-être plus lieu. Donc, c'est une économie de coûts.

Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres éléments que les médicaments eux-mêmes qui pourraient nous amener à réduire les coûts de la santé? Les aînés, justement, nous parlaient des thérapies alternatives. Le phénomène de la solitude qu'on peut soigner avec des pilules, c'est bien sûr; le phénomène de l'isolement, qui est différent de la solitude, le fait d'être isolé aussi, d'être mis à part par d'autres, parce que nos sociétés ont isolé des gens, les aînés; le non-support social, le fait que des gens à la maison aient besoin, par exemple, de quelqu'un pour pelleter leur galerie, autrement ils ne se retrouveraient pas dans un endroit où le lit coûte 125 \$ par jour ou, encore pire, à l'hôpital et c'est encore davantage... Alors, est-ce que vous pensez que les coûts vont augmenter ou, à votre point de vue, il y a moyen de faire une économie, à la fois humaine et monétaire?

M. Bureau (Michel): À la première question, je pense que les coûts, toute chose étant identique, vont augmenter par le seul fait que la population, les Québécois et les Québécoises, vieillit. La tranche d'âge des aînés augmente sans cesse ce pourcentage. Cependant, notre système de santé fait des dépenses inutiles. Est-ce qu'il peut récupérer en proportion égale aux nouveaux coûts du vieillissement de la population? Peut-être. Mais il y a des dépenses inutiles, dans les hôpitaux, en matière de médicaments.

Dans un autre volet de vos commentaires, je suis tout à fait d'accord avec vous. Un meilleur support social, une meilleure promotion de la santé, un peu moins de pauvreté vont amener les gens à consommer moins de médicaments. C'est un volet très important. Quant aux thérapies alternatives, mon exemple sera dur, mais c'est ce que je pense. Avant que nous ayons de la pénicilline, nous utilisions des ventouses pour traiter les pneumonies. Nous ne parlons plus de ces thérapies de l'époque, parce que la pénicilline et les autres médications soignent et guérissent les pneumonies. La médecine a ses limites. Nous ne sommes pas très bons avec les maladies chroniques. Les douleurs articulaires, on n'est pas très bons là-dedans. Alors, il y a toute une panoplie de thérapies dites alternatives qui n'ont rien à voir avec la médecine, qui m'apparaît de la poudre aux yeux,

faute de meilleure thérapie. Mais les médecins ne sont pas meilleurs que les thérapies alternatives dans certains secteurs, parce qu'il n'y a pas de thérapie efficace. Que les gens utilisent leur propre manière pour tenter de se soulager semble acceptable, mais je ne vois pas beaucoup d'espoir là-dessus. Cependant, le climat social est à la base de la santé, ça, je suis bien d'accord avec vous. Une bonne nutrition, une vie équilibrée, pas trop d'abus ni de tabac ni d'alcool...

M. Gaulin: Ma deuxième question rapide concernerait votre page 7 sur le virage ambulatoire. J'aime bien quand vous dites: Il nous semble que les coûts-bénéfices profiteront grandement au ministère de la Santé, puisque le raccourcissement du séjour hospitalier entraînera des économies remarquables, et ceci devrait être encouragé et non pas freiné par la politique de financement de la médication dans les jours — une semaine, par exemple — qui suivent le congé de l'hôpital. Je pense que, si j'ai bien compris ce que vous dites, ça répond très bien à la volonté du ministre, qui a déjà, d'ailleurs, écrit aux régies pour leur dire que les économies devaient servir aussi à assurer la médication nécessaire pour le suivi hospitalier. Beaucoup de groupes avant vous nous ont signalé qu'une bonne médication sauvegarde beaucoup les coûts qui sont attribués à la santé. Je ne sais pas quel est votre point de vue, si j'ai bien compris?

M. Bureau (Michel): Oui, j'abonde dans le sens que vous dites. Je n'ai pas perçu, de la part du ministère, l'intention de ne pas couvrir cette période. Est-ce que c'est par le biais d'une assurance-médicaments ou c'est en gardant la facture payable par le budget de l'hôpital pendant la première semaine qui suit. Je ne sais pas quelles sont les intentions, mais nous n'avons pas d'indication qu'il y a l'intention de ne pas couvrir cette période de...

M. Gaulin: Je le disais en fonction de certaines interventions de mon collègue député de Robert-Baldwin, qui joue son rôle de cerbère comme répondant du ministre au niveau de la santé. Voilà, merci.

Le Président (M. Williams): M. Bureau, j'ai quelques questions aussi. Vous avez parlé des compagnies pharmaceutiques et leurs promesses, et si l'industrie a respecté ses promesses. Et vous avez dit qu'effectivement certaines compagnies les ont respectées, mais pas nécessairement toutes les compagnies. Est-ce que vous pensez qu'on doit avoir une connexion entre le niveau de recherche, la vraie recherche... Et je voudrais peut-être avoir plus d'explications sur ça, le niveau de vraie recherche. Et est-ce qu'on appuie... Est-ce qu'on met un médicament sur nos formulaires? Est-ce qu'il doit y avoir une connexion entre le niveau de recherche d'une compagnie québécoise et notre ouverture sur les listes de médicaments?

• (11 h 20) •

M. Bureau (Michel): Les compagnies pharmaceutiques sont des compagnies à but lucratif, et c'est normal ainsi dans un système comme le nôtre. Elles sont habiles à faire le marketing de leurs médicaments et en font une promotion raisonnable. Parfois, elles le font sous le couvert de la recherche clinique. Et c'est à cela que le FRSQ et la communauté des chercheurs du Québec s'en prennent. Il y a une portion du travail de certaines compagnies — et je ne veux pas élaborer trop longtemps là-dessus — qui n'est pas de la recherche, et il ne faut pas appeler ça de la recherche, et qui est cependant mettre dans le coup des utilisateurs de médicaments futurs sous le couvert de la recherche, et ces personnes-là ne sont pas des chercheurs eux-mêmes. Alors, il y a ce petit correctif à faire qui ne m'apparaît pas majeur, mais qui mérite d'être fait pour protéger l'intégrité de ce que le monde appelle la «vraie recherche».

Pendant, toute la recherche fondamentale qui se passe dans les compagnies pharmaceutiques a une valeur inestimable, et tout le monde en profite. Alors, il faut balancer les contributions envers les petites déviations. Mais les déviations doivent avoir... On doit s'y adresser.

Le Président (M. Williams): Est-ce que vous pouvez nous fournir vos recommandations de quelles corrections on peut faire?

M. Bureau (Michel): Oui. En matière... Et il faut peut-être prendre par le biais de l'éthique. Et je vais vous donner un exemple qui l'illustre. Il arrive que, dans une perspective de marketing de médicaments, l'industrie soumette un protocole de recherche à un groupe de médecins d'une institution, et ceux-là en font usage avec leurs patients. Et, au bout de l'étude, qui dure un mois ou six mois, l'habitude de consommer ce nouveau médicament expérimental est maintenant devenue une habitude, et le médicament, qui était absorbé par le budget de l'hôpital gratuitement au départ, devient sur le budget de l'hôpital, à la fin de l'étude, par la pression des médicaments, des médecins qui ont été membres de cette équipe d'investigateurs.

C'est une opération de marketing. Et, là-dessus, les conseils d'administration... Une recommandation serait celle-là. Les conseils d'administration des hôpitaux ne savent pas la recherche clinique qui se passe dans leur institution. Ils sont très mal au courant de ça. Et, parfois, il y a des questions d'éthique que cela pose, et il y a un travail à faire auprès des conseils d'administration sur les essais cliniques, sur les véritables essais cliniques et ceux qui n'en sont pas. Alors, il y a une action à faire auprès des conseils d'administration des hôpitaux.

Au départ, ça ne coûte rien. Tout est financé par l'industrie. Alors, le conseil d'administration dit: Il n'y a pas de coûts, il sanctionne, le projet a l'air valable. Mais il y a un travail, dans la déontologie de la recherche, qui doit être fait. Et les conseils d'administration

des hôpitaux ne sont pas très bien équipés pour faire face à ça. C'a été soulevé par le rapport Deschamp.

Le Président (M. Williams): Sur la première question, pensez-vous qu'on doit établir les paramètres ou les critères avant de lister un médicament sur nos formulaires, basé sur le niveau de recherche faite par cette compagnie?

M. Bureau (Michel): Je pense que ma réaction, sans le regarder, ma première réaction est: Je pense que ça se passe assez bien.

Le Président (M. Williams): O.K.

M. Bureau (Michel): Le Canada et le Québec exigent un niveau de recherche qui est probablement... qui n'est pas en-dessous des normes, qui est certainement aux normes ou au-delà des normes, parce qu'une partie de la recherche clinique que nous n'appelons pas de la recherche est faite en partie parce que la loi canadienne l'exige. Alors, il y a une partie où il n'y a pas l'apport de connaissances nouvelles. C'est juste notre complexité du système qui impose une part de ces dépenses.

M. Beaudet: ...les compagnies qui ne sont pas les bons citoyens corporatifs, en réinvestissant l'argent auquel ils se sont engagés, on pourrait laisser... Je pense que c'est ça, le sens de sa question. Est-ce qu'on pourrait les cibler directement: Écoute, ton médicament, on ne le mettra pas au formulaire parce que tu n'es pas un bon citoyen corporatif? Je pense que c'est ça, le sens de sa question.

M. Bureau (Michel): Ah! Excusez-moi, en effet, je n'avais pas saisi votre question dans ce sens. Il me semble que je mettrais plutôt de la pression sur l'association des compagnies pharmaceutiques pour s'autodiscipliner. Elles-mêmes doivent passer au bat en 1997 pour reconduire ou ne pas reconduire le bill C-91. Elles ont de l'ordre à mettre chez une partie de leurs citoyens corporatifs.

Le Président (M. Williams): Merci. Une dernière question sur ce sujet. Au Québec, nous sommes allés plus loin que C-91. Nous avons, effectivement, une protection des brevets pour 20 ans. Nous avons donné une protection sur le marché pour 15 ans, le prix le plus bas est 15 ans. Est-ce que vous avez vu un impact positif sur le niveau de recherche à cause de cette politique québécoise?

M. Bureau (Michel): Je ne veux pas éviter la question, mais je n'ai pas les données pour vous répondre. J'aime mieux ne pas répondre.

Le Président (M. Williams): Une dernière question. Vous avez plusieurs programmes conjoints, je vous

félicite pour ça, de travailler avec les autres instances gouvernementales. J'ai été impressionné par le réseau de chercheurs et chercheurs, je pense 46, par le Dr Suissa, mais je ne vois pas la Régie de l'assurance-maladie du Québec impliquée dans vos programmes de recherche. Je voudrais savoir si vous avez un programme de recherche qui essaie de connecter d'une façon économique sur la question de: Si nous avons l'autorisation d'un médicament, on peut réduire les coûts dans les hôpitaux. Est-ce qu'il y a une connexion, une étude de l'impact des coûts de médicaments sur la totalité du réseau de la santé et des services sociaux?

M. Bureau (Michel): D'abord, c'est vrai que nous n'avons pas formellement d'entente avec la RAMQ, et je laisserai le Dr Suissa et le Dr Boyle élaborer sur comment il y en a à l'horizontal, cependant, et ce qu'on pourrait proposer pour le futur, Dr Suissa.

M. Suissa (Sammy): En fait, la RAMQ est un joueur extrêmement important dans la nature de nos recherches. C'est un joueur qui fournit les données, qui nous permet de faire plusieurs recherches. Il est là derrière une grande partie des projets qui font partie du réseau sur l'utilisation des médicaments. Il y a plusieurs projets de recherche actuellement qui regardent exactement cette question-là: Est-ce que tel médicament réduit le nombre d'hospitalisations? Est-ce que tel médicament réduit le nombre de visites chez les spécialistes ou chez des omnipraticiens, comparé à tel autre médicament? Pour avoir une idée de l'impact en termes de l'utilisation réelle et des coûts réels au niveau de la société, nous utilisons des bases de données informatisées de la RAMQ pour répondre à ces questions-là. Donc, c'est un joueur extrêmement important dans nos recherches.

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

M. Létourneau: Merci, M. le Président. Ma question va un peu dans le sens de ce qu'on a entendu concernant les stratégies de marketing de l'industrie pharmaceutique. Vous nous dites qu'au niveau de l'éthique et de la déontologie il y a une démarche à entreprendre à cet égard-là. Selon vous, et à votre connaissance, existe-t-il, dans d'autres provinces, dans d'autres pays, des modes de gestion plus musclés, de ces campagnes de marketing là, à votre connaissance?

• (11 h 30) •

M. Bureau (Michel): Je n'en connais pas et je n'ai pas une bonne connaissance de ce qui se passe dans les autres pays en termes de stratégie de marketing. J'imagine que ça se ressemble, dans les pays occidentaux. Ce que je disais à l'égard de la déontologie, c'est que les essais cliniques qui se passent dans les centres hospitaliers, les instances supérieures des centres hospitaliers ne sont pas assez informées et n'ont souvent pas la capacité d'en faire une bonne évaluation et de prendre... Ce serait là où il y aurait des actions musclées à

prendre. D'après moi, actuellement, ils n'ont pas les outils pour le faire et je ne dirais pas qu'il y a, de toute évidence, de l'abus, mais il n'y a pas suffisamment de jugements critiques de faits à la mise en place de ces essais cliniques dans les centres hospitaliers par les... Quand les conseils d'administration voient ça, ils les approuvent sans trop connaître les entrants et les aboutissants.

M. Suissa (Sammy): C'est une stratégie et un problème qui est généralisé dans le monde occidental. Le Québec n'est pas différent, ni pire ni moins... C'est généralisé partout. C'est une stratégie globale de l'industrie pharmaceutique, de faire des études de démarrage de médicaments dont l'aspect recherche, si on veut, est peut-être questionnable dans certains cas.

M. Létourneau: Dans le même ordre d'idées, ce que vous suggérez, d'avoir des mécanismes de gestion à l'hôpital même, est-ce qu'il y a des exemples de réussite suite à une intervention de ce type-là ou si c'est une recommandation que vous faites qui pourrait servir dans l'ensemble des hôpitaux ou dans les autres pays aussi?

M. Bureau (Michel): Oui. Je pense que, dans les centres hospitaliers universitaires du Québec, qui sont quand même une minorité sur tous les centres du Québec, ce sujet est bien traité, et j'irais jusqu'à dire qu'il est très bien traité. Je n'ai pas d'inquiétude là. J'ai de l'inquiétude quand la recherche est faite dans des centres qui n'ont pas de mission naturelle de recherche et quand ceux à qui c'est confié ne sont pas des chercheurs. Alors, là, le conseil d'administration de l'institut, de l'hôpital se fait souvent berner. Le mot est un peu fort, là, mais...

M. Létourneau: Non, non. Ça dit ce que ça dit.

M. Suissa (Sammy): En fait, dans les hôpitaux et dans les universités, nous avons des comités d'éthique qui réglementent ça d'une certaine façon. Donc, on ne voit pas les cas qui ne passent pas à travers le comité, qui sont refusés par les comités. On ne les voit pas en bout de ligne, ceux-là. Donc, on ne peut pas donner des chiffres là-dessus. Mon expérience, c'est qu'il y en a qui sont refusés, mais le problème, c'est dans les cliniques privées. Ceci se fait sans nécessairement passer à travers le même processus que dans les hôpitaux ou les cliniques universitaires.

M. Létourneau: Merci.

Le Président (M. Williams): Merci. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Je vais, dans un premier temps, remercier les dirigeants de la FRSQ pour leur présentation, que je trouve très intéressante, très complète. Pour quelqu'un qui ne connaît pas

le réseau de la santé, la recherche qui se fait, j'ai appris beaucoup de choses.

J'aimerais juste revenir brièvement à vos commentaires, j'ai deux petites questions, puis une question sur le virage ambulatoire. Moi, je prétends que les préoccupations que vous avez mentionnées aux pages 7 et 8 sont là, sont réelles. Et, quand vous dites qu'il ne faut pas que les congés précoces de l'hôpital, en principe souhaitables en termes surtout d'économies pour l'État québécois, soient freinés par d'autres exigences comme la médication d'un malade chez lui — quant à moi, une problématique assez importante — je ne sais pas si vous avez des suggestions précises à faire. Est-ce que, dans cette phase transitoire, selon vous, c'est l'hôpital qui devrait continuer à payer des médicaments? Est-ce qu'on devrait envisager d'autres solutions dans la période où notre système n'a toujours pas un régime d'assurance-médicaments?

M. Bureau (Michel): Ma première réaction serait la suivante. J'accorderais la responsabilité au département de pharmacie de l'hôpital de couvrir la médication pour la semaine ou les 10 jours qui suivent le congé de l'hôpital. Il me semble que ça marcherait... sa grosse structure administrative... Ça fonctionnerait demain matin. Ça, ce serait ma première réaction si c'était moi qui avais à résoudre le problème. Il y a peut-être d'autres solutions tout aussi efficaces.

M. Copeman: O.K. Vous avez fait référence au réseau de recherche sur l'utilisation des médicaments, à la page 13, et il y a d'autres informations dans l'annexe, l'appel d'offres pour la formation d'un réseau. Peut-être que vous pouvez me donner une mise à jour de ce projet-là. Où vous êtes rendus? Si j'ai bien compris, c'était pour l'année 1996-1997, ça commence bientôt. Est-ce que ce réseau est en voie de formation? Est-ce qu'il est formé? Et, s'il est formé, est-ce qu'on peut s'attendre à un rapport à un moment donné? C'est limité dans le temps, j'imagine, ce réseau-là, ou la participation du FRSQ dans le réseau. Et qu'est-ce qui va être l'aboutissement des recherches ou de l'«examination» de la problématique par ce réseau-là? Y aura-t-il un rapport à quelque part qui pourra servir aux instances gouvernementales de diverses natures pour examiner la problématique posée dans le réseau?

M. Bureau (Michel): Je fais un commentaire général et le Dr Suissa vous mettra au parfum d'où en est le réseau actuellement. Nous sommes le Fonds de recherche en santé du Québec. C'est votre Fonds. Notre job, c'est de répondre aux préoccupations que le ministre de la Santé a en matière de recherche. Ce n'est pas une recherche... Nous ne sommes pas un fonds de recherche déconnecté des problèmes que les citoyens vivent en matière de santé. C'est la force du Fonds de recherche en santé du Québec. Nous vous avançons. Vous mettez sur la table aujourd'hui un problème de santé dans l'usage des médicaments. Notre fonction à

nous, chercheurs et universitaires, est d'anticiper que ce besoin va venir et de lancer l'appel d'offres, l'année dernière, et de mettre en place ce dont nous pensons que nous avons besoin aujourd'hui. Dr Suissa préside ce groupe.

M. Suissa (Sammy): Merci. Tout d'abord, je voudrais simplement espérer que la subvention de ce réseau n'est pas limitée dans le temps. Ça, c'est la première chose. Deuxièmement, nous avons donc regroupé plus de 200 personnes, chercheurs, au Québec, qui sont intéressées à toutes ces questions-là, qui viennent d'une quinzaine de disciplines différentes et qui sont intéressées aux questions de l'utilisation réelle des médicaments et de l'impact de cette utilisation-là. Nous avons donc soumis une demande au FRSQ. Le FRSQ a mis en place un comité d'évaluation international. En fait, hier même, nous avons été interviewés par ce comité-là, et ce comité va remettre un rapport au conseil d'administration, qui, lui, décidera sur la subvention ou non de ce réseau-là. Nous espérons que le résultat sera positif. Donc, le système est en place et prêt à démarrer dès que nous avons cette acceptation-là.

Ce que le réseau va faire. En fait, il va regarder... Il y a un modèle d'utilisation qui est divisé en quatre étapes, et le réseau va essayer de coordonner les questions à l'intérieur de ce modèle-là. Donc, il y a les utilisations des médicaments et leurs écarts par rapport à la bonne utilisation, ce qu'on appelle l'utilisation optimale du médicament. Le médicament doit être utilisé de façon optimale, donc à améliorer la santé et à réduire les coûts. C'est ce qu'on appelle l'utilisation optimale. Il y a ensuite l'impact de ces médicaments-là. Est-ce que cette utilisation réduit réellement les coûts? Est-ce qu'elle améliore réellement la santé? Et, en bout de ligne, il y a un aspect extrêmement important, c'est l'aspect d'intervention et d'évaluation. Alors, si on met en place des interventions pour essayer d'améliorer cette utilisation-là, est-ce que ces interventions fonctionnent? Donc, l'évaluation est extrêmement importante. Alors, nous allons couvrir tous ces volets-là, et le réseau a réuni les experts de tous ces domaines-là. Ça demande des expertises totalement différentes pour générer une synergie de recherche et mettre en place des jalons qui vont permettre des recherches qui vont avoir un impact au niveau de la situation québécoise.

• (11 h 40) •

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

Mme Leduc: Oui. Bonjour, messieurs. J'ai lu avec attention votre mémoire, qui est très clair pour des gens qui ne sont pas dans le domaine. Je pense que ça nous éclaire beaucoup. Maintenant, à la page 2, vous faites des considérations générales et vous identifiez deux sources de problèmes. Moi, il me semble — et je voudrais avoir votre avis là-dessus — qu'il y a plutôt une relation de cause à effet. Une des sources, c'est la surdispensation, qui amène à la surconsommation.

Alors, je vois plus une relation de cause à effet. Et je voulais savoir si, à votre avis, nous devrions prioritairement vous suggérer des moyens pour répondre à ces problèmes-là, s'attaquer, justement, à la surdispensation, si on veut régler le problème d'une façon assez rapide. Ça, c'est une de mes questions.

Et, à la page 4, vous suggérez, à ce moment-là, considérant les personnes âgées, qu'il est souhaitable de confier, en général, les soins des personnes âgées aux disciplines générales. Ma question serait: Est-ce que vous avez des réflexions dans ce sens? Comment on peut arriver, parce qu'il reste quand même qu'il y a toutes sortes de libertés de patients et de... Comment on pourrait arriver à cette solution-là, qui serait aussi une solution au problème de la surdispensation et, donc, surconsommation? Alors, ça, c'est le début de mes questions. J'en aurais une plus générale sur votre mandat, après, en deuxième partie.

M. Bureau (Michel): Sur la surdispensation, vous avez raison, c'est ce que nous pouvons attaquer le plus rapidement si nous voulons des résultats rapides. Beaucoup de gens font des efforts pour amener le prescripteur à une rectitude dans sa prescription. Les compagnies pharmaceutiques le font de leur côté; les organisations professionnelles le font aussi. Si on met de l'ordre là-dedans puis si on cible, de façon concertée, l'action, on va arriver assez rapidement, je pense, à des progrès importants.

Cependant, il ne faut pas sous-estimer le consommateur qui voit dans les médicaments des miracles et puis qui fait une pression pour en avoir. Et il y a de l'éducation à faire là-dedans, lui apprendre à se passer de médication si elle n'a pas tant d'effets que ça. Alors, il y a un effort à faire vis-à-vis du consommateur. J'ai vécu, moi, l'époque — j'étais pédiatre — où le patient qui venait à la salle d'urgence pour avoir une piqûre de pénicilline, si on ne la lui donnait pas, il changeait d'hôpital puis il allait la chercher ailleurs. Il y a donc un vice du consommateur dans son esprit et il prétend que les médicaments ont des pouvoirs qu'elles n'ont pas. Alors, il y a une action d'éducation à faire. Les CLSC, les régies régionales, le programme de promotion de la santé, il y a plusieurs avenues, mais je ne négligerai pas celle-là non plus. Mais vous avez raison, en termes de résultats rapides, c'est le médecin qui prescrit, comme disait mon collègue, puis il faut commencer par là.

Mme Leduc: Et, la deuxième partie, je voulais savoir, dans votre mandat... Je sais que vous avez un mandat de soutien à la recherche, bon, vous avez un projet actuellement qui est celui du réseau. Dans le fond, vous devez en avoir d'autres qui vont dans le sens de notre problématique aujourd'hui, ou si, pour le moment, c'est plus celui-là que vous privilégiez? Mais, aussi, on mentionne souvent qu'il y a plusieurs molécules qui sont commercialisées sans qu'il y ait une grosse différence avec un autre produit qui est là. Est-ce que vous avez un

droit de regard sur ces recherches-là, ces recherches-là qui pourraient amener, finalement, à produire quelque chose de sensiblement pareil, mais, pour pouvoir monter le coût, on met un autre médicament sur le marché et ça permet, à ce moment-là, de changer le coût des médicaments? Est-ce que vous avez un droit de regard là-dessus, ou d'évaluation ou, en tout cas, d'opinion, si ce n'est pas coercitif?

M. Bureau (Michel): Non, ce n'est pas dans la mission du FRSQ de porter un jugement sur quelle est l'addition d'une nouvelle molécule, mais il y a des organismes qui me semblent assez sévères...

Mme Leduc: C'est le Conseil...

M. Bureau (Michel): ...au Canada et aux États-Unis, qui s'adressent à cette question. Mais ce n'est pas dans le mandat du FRSQ.

Mme Leduc: O.K.

M. Bureau (Michel): Et je ne crois pas que ça devrait l'être non plus, là, au moment où je regarde notre mission.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Malheureusement, il ne reste plus de temps. Ça a été une heure et demie tellement intéressante pour la commission. Je voudrais dire merci aux Dr Bureau, Dr Boyle et Dr Suissa pour leur présentation du Fonds de la recherche en santé du Québec. C'était une excellente présentation, et je vais suspendre pour quelques minutes.

Je demande au Conseil d'évaluation des technologies de la santé de prendre place à la commission. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 45)

(Reprise à 11 h 53)

Le Président (M. Williams): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Nous allons recommencer notre travail. Nous avons maintenant le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, pour une présentation. Vous avez entendu que nous allons avoir 90 minutes ensemble: 20 minutes pour votre présentation et plus ou moins 70 minutes pour une période d'échange. Bienvenue à M. Battista, le président du Conseil d'évaluation des technologies de la santé. Avant de commencer, pouvez-vous présenter l'autre membre de votre délégation? Et, après ça, je passe la parole à vous.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)

M. Battista (Renaldo N.): Merci, M. le Président. Mmes et MM. les députés, c'est un plaisir

d'être ici ce matin. Je vous présente, en effet, Mme Line Gariépy, qui est chercheuse spécialisée en pharmacie et qui coordonne le dossier médicaments au Conseil d'évaluation.

Ce que j'ai pensé faire ce matin, c'est de parcourir avec vous le mémoire que nous vous avons soumis et, dans un premier temps, rapidement profiter de l'occasion pour vous présenter le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, présenter aussi brièvement certains des travaux qu'on a accomplis à date, pour ensuite centrer la majeure partie du temps qui m'est alloué sur le rôle du Conseil d'évaluation dans l'évaluation des médicaments.

Si on commence par ce que c'est que le Conseil d'évaluation, d'abord, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec est un organisme relativement jeune qui a été créé par décret en janvier 1988. Et ce qu'il est important de mentionner ici, c'est que ce Conseil avait été constitué au départ avec une clause crépusculaire, c'est-à-dire que le Conseil devait absolument être évalué avant que le gouvernement décide de sa continuation. En effet, le Conseil a été évalué par une firme externe en 1991, et, depuis 1992, donc, le Conseil est devenu maintenant un organisme permanent. Le Conseil d'évaluation est un organisme, une structure qui est relativement simple, qui comprend 12 membres qui sont choisis en fonction de leur expertise disciplinaire. Et, ça, je pense que c'est une particularité qu'il est important de mentionner, dans le sens qu'il n'y a aucun organisme qui est représenté sur le conseil d'administration du Conseil d'évaluation, ce qui donne au Conseil d'évaluation une marge de manoeuvre extrêmement importante et très précieuse dans la production des documents. Et je dirais même que la façon dont le Conseil a été constitué permet au Conseil, justement, de jouir d'une grande crédibilité par rapport aux documents qu'il produit. Le Conseil est aussi appuyé par une équipe permanente de huit personnes qui est animée par le directeur, qui ne pouvait pas être présent ce matin. En plus, le Conseil utilise de façon régulière les services d'experts consultants externes qui viennent nous aider à développer les documents qu'on produit.

Le mandat du Conseil a deux volets. Le premier volet est de promouvoir, supporter l'évaluation des technologies de la santé, en diffuser les résultats et favoriser leur utilisation dans les décisions de tous les intervenants impliqués dans la diffusion de ces technologies. Donc, le Conseil est vraiment un organisme dont le but principal est de produire une information qui va déclencher, justement, une interaction entre tous les partenaires dans le but de prendre des décisions.

Le deuxième volet du mandat est plus spécifique. Il est de conseiller le ministre sur les questions qui concernent l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé et, à cette fin, de fournir des avis fondés sur l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, coût et de leurs impacts sur le système de santé ainsi que de leurs implications économiques, éthiques et sociales. Donc, encore une fois ici, un mandat peut-être

plus ciblé par rapport à des questions qui nous arrivent directement du ministre.

La procédure d'évaluation du Conseil est relativement simple et standard, dans le sens que, évidemment, la première étape est l'étape de consultation large des partenaires. C'est-à-dire que le Conseil, dans le but d'établir son agenda de travail, consulte tous les partenaires du système pour arriver à un certain nombre de sujets qui vont devenir des sujets de travail. Ces sujets prioritaires nous permettent donc de choisir les études sur lesquelles on va se pencher.

Commence, ensuite, la préparation du rapport. Donc, il y a des chercheurs, à l'interne, qui sont mis sur un certain nombre de documents. On utilise fréquemment des lecteurs externes pour nous aider à cheminer. Et ceci nous amène à l'approbation officielle des documents du Conseil, qui, par la suite, sont diffusés de façon très large.

Le ministre a 45 jours pour donner son avis sur les documents que nous lui envoyons. Après cette période de 45 jours, le Conseil a le mandat de distribuer les documents de façon très large non seulement au Québec, mais partout au Canada. Et, même, nous avons des contacts importants ailleurs dans le monde.

Au chapitre de la coopération, c'est-à-dire de la fonction d'interaction du Conseil avec les autres organismes — ça, c'est une fonction qui est extrêmement importante — le Conseil poursuit toujours des démarches pour tisser des liens de plus en plus étroits avec les différents organismes au Québec, et ceci, dans le but, justement, de faire en sorte que les documents que nous produisons arrivent à bon port, c'est-à-dire arrivent à influencer des décisions qui concernent le système de santé.

Un exemple précis d'interaction entre le Conseil et d'autres organismes est une initiative du Conseil, de 1995, qui avait consisté à réunir autour d'une même table plusieurs partenaires — dont le Collège des médecins, les fédérations de médecins, le Conseil médical, les doyens de médecine — dans le but de discuter, justement, de ce que vous avez déjà discuté ce matin, c'est-à-dire de l'élaboration de guides de pratique, de critères de pratique médicale, pour aider à rendre la pratique médicale encore plus rationnelle, encore plus branchée sur l'évidence scientifique. Et je peux vous dire que cette initiative continue. Le Collège des médecins a maintenant décidé de prendre le leadership de ce dossier et de voir dans quelle mesure on peut progresser dans le développement et l'implantation de lignes directrices.

● (12 heures) ●

Dans le chapitre des coopérations et des échanges, le Conseil fait partie d'un réseau d'information avec les autres agences canadiennes d'évaluation des technologies de la santé. En effet, le Québec a été la première province canadienne à créer un tel conseil. Et, rapidement, d'autres provinces ont également créé des conseils équivalents, qui produisent le même genre d'information. Et voici un exemple où l'information circule très facilement à travers le pays. En plus, il y a, au niveau

fédéral, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Et, donc, tous ces organismes ensemble forment un réseau d'information extrêmement précieux.

Mais le Conseil est aussi visible de façon très importante au plan international. En fait, l'International Society of Technology Assessment in Health Care a déménagé son siège social à Montréal au mois d'octobre 1995. Et, par les temps qui courent, je pense qu'il est heureux de souligner qu'il y a des sièges sociaux qui déménagent à Montréal plutôt que de Montréal.

Bon. En plus de ça, le Conseil fait également partie de l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment, qui est un réseau qui regroupe des agences d'évaluation. Et, donc, ce réseau regroupe, en ce moment, à peu près une vingtaine d'agences dans le monde. En plus, le Conseil a été extrêmement actif et a développé des liens de collaboration avec d'autres agences dans plusieurs pays.

J'en viens maintenant à vous parler peut-être du point central avant de passer aux médicaments, c'est-à-dire de la mécanique d'influence de ce qu'on produit sur le système de santé. Et ce qui est extrêmement important et peut-être particulier ici, c'est que l'influence et l'impact du Conseil ont été documentés récemment par M. Robert Jacob, du ministère de la Santé et des Services sociaux, et l'une des annexes du document vous donne toute l'information. Pour résumer, peut-être, les grands points de cette évaluation, cette analyse a porté sur les vingt premiers rapports qui ont été produits par le Conseil, pour un total de 17 sujets, et l'étude de M. Jacob démontre clairement que le Conseil d'évaluation a eu une influence sur les politiques pour 14 des 17 sujets. Et, en termes très précis, ça se traduit pas des gains d'efficacité dans le système de 35 000 000 \$ par année. En d'autres termes, on a réussi à documenter qu'un conseil, le Conseil d'évaluation, à cause de son travail, a réussi à provoquer un gain d'efficacité dans le système de 35 000 000 \$ par année, pour un budget, je vous le rappelle... Le Conseil d'évaluation a un budget de 1 200 000 \$ par année. En d'autres termes, et là c'est peut-être un peu de propagande de ma part à titre de président du Conseil, mais je pense que le Conseil est un bon retour sur l'investissement, puisqu'on produit des gains d'efficacité qui équivalent à 29 fois ce qui est injecté dans le Conseil.

Pour illustrer le mode de fonctionnement ou le mode d'influence du Conseil, on a utilisé deux exemples précis. L'exemple des opacifiants en radiologie, qui est un des rapports qu'on a produits — en somme, il y a eu trois rapports sur les substances opacifiantes en radiologie — on a utilisé cet exemple-là parce qu'il démontre comment un rapport du Conseil peut avoir une influence sur les décisions qui sont prises dans les établissements hospitaliers. Et, donc, dans ce contexte-ci, je dirais que les évaluations du Conseil ont permis d'éclairer les aspects médicaux, économiques, légaux, éthiques de la formulation d'une telle politique.

Ce qu'il est extrêmement intéressant ici de mentionner à nouveau, c'est que la mécanique de décision

implique que l'information qui est produite par le Conseil est utilisée non pas seulement par un acteur central, qui s'appelle le ministère, mais est décentralisée, est envoyée dans le système. Et, dans ce cas-ci, ce qui s'est produit, c'est que chaque hôpital du Québec a décidé d'une politique d'utilisation des opacifiants qui était tout à fait appuyée sur les recommandations du Conseil. Ce qu'il est aussi important de mentionner, c'est que, en même temps que chaque établissement du Québec a été en mesure de prendre des décisions localement, le Collège des médecins, qui s'appelait à l'époque la Corporation professionnelle des médecins du Québec, avait été en mesure de renforcer un guide de pratique qu'elle avait émis et qui supportait l'utilisation sélective des opacifiants, et ce guide-là a eu une influence directe auprès des médecins.

Donc, vous voyez à quel point un document produit par le Conseil active différents leviers au niveau du ministère, au niveau des administrateurs d'hôpitaux, au niveau du Collège des médecins et, finalement, des médecins. Et voici, donc, un exemple de ce qu'on discutait, tantôt, avec le FRSQ, de façons extrêmement pratiques, concrètes d'impliquer tous les acteurs du système dans un processus de changement du système de santé.

Pour ce qui est du dossier sur les opacifiants, le Conseil a par la suite essayé de documenter l'impact de ses documents en mesurant de façon régulière le nombre de millilitres d'opacifiants utilisés dans chaque hôpital du Québec. Et la conclusion de cette étude, qui a été faite après la publication de nos documents, démontre que le taux de conversion aux nouvelles substances opacifiantes, au Québec, est resté stable à 38 %, alors que, dans d'autres provinces canadiennes, on est passé à un taux de conversion de 100 %. Et ceci se traduit, au Québec, par le fait qu'on a réalisé un gain d'efficacité de 10 000 000 \$ par année qu'on peut attribuer, en partie, à ce document.

Le deuxième exemple que j'aimerais vous présenter, brièvement, concerne justement cette mécanique d'influence, maintenant, de la pratique médicale. Et je parle de ce document que nous avons produit sur la radiographie pulmonaire préopératoire de routine. Voici une pratique qui était extrêmement diffuse, au Québec, et, à un moment donné, dans les années quatre-vingt, on nous a demandé de produire un document pour essayer d'arriver à un certain nombre de lignes directrices. La conclusion du Conseil était que cette pratique n'était pas appropriée. Suite à la diffusion de ce document, encore une fois par une action concertée du ministère, d'administrateurs locaux dans chaque hôpital du Québec et du Collège des médecins, on peut vous dire que cette pratique a changé de façon dramatique. Et, en fait, de façon très précise, on a documenté par la suite, lors d'une enquête, qu'il y avait eu une diminution d'à peu près 80 % dans cette pratique. Et ceci, à nouveau, se traduit par un gain d'efficacité de 7 000 000 \$ par année.

Donc, la conclusion de cette première partie de ma présentation, c'est que, dans le fond, le rôle du Conseil, c'est de préparer des documents, de produire

une information de synthèse qui, quand diffusée auprès de tous les acteurs, peut arriver à amener des changements importants dans le système.

J'en arrive maintenant au rôle du Conseil d'évaluation dans le dossier des médicaments. En fait, le Conseil s'est retrouvé face à ce nouveau rôle en mai 1994, alors que le sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation soumettait, pour commentaires, au président du Conseil la stratégie d'action du ministère sur le bon usage des médicaments chez les personnes âgées. Et, donc, dans ce document stratégique, on demandait au Conseil d'évaluation, maintenant, d'assumer un nouveau rôle par rapport à l'évaluation des médicaments. Il est sûr que, tout en acceptant de participer aux travaux de ce comité stratégique, le Conseil a quand même pris le temps de bien examiner, au cours de différentes réunions avec les membres du Conseil, quelles étaient les implications de ce mandat. Donc, on a réfléchi, dans un premier temps, sur les concepts de base, sur les critères de choix des médicaments ou les classes de médicaments, sur les méthodes d'évaluation qu'il faudrait utiliser et aussi sur les ressources nécessaires, parce que, à ce moment-là, on a ajouté au Conseil un nouveau mandat mais le budget est resté stable.

De plus, aussi, il était très important pour le Conseil d'évaluation de développer une implication, une stratégie d'intervention dans le dossier en tenant compte aussi de la présence et des actions du Conseil consultatif de pharmacologie, de façon à ne pas dupliquer les efforts. De façon précise, ce que nous avons fait pour renforcer ce volet médicaments, dans un premier temps: à l'été 1995, nous avons accueilli Mme Denise Leclerc comme membre du Conseil; Mme Leclerc qui a une expertise extrêmement poussée dans le champ des médicaments. Et, comme je l'ai mentionné au début, Mme Gariépy, qui est chercheur en pharmacie, s'est jointe au Conseil d'évaluation, à l'équipe de recherche, et elle coordonne ce travail.

• (12 h 10) •

Je dois vous dire que le Conseil d'évaluation achève la première phase de son implication dans le dossier des médicaments. Donc, il y a eu une phase de consultation qui achève, et, à la prochaine réunion du Conseil, au mois d'avril 1996, on va présenter aux membres du Conseil un certain nombre de choix possibles de sujets sur lesquels on pourra se pencher et intervenir.

J'aimerais vous parler maintenant de la perspective des évaluations qu'on compte réaliser dans le domaine du médicament. De façon traditionnelle — et ça va se poursuivre dans le dossier des médicaments — les approches d'évaluation qui sont utilisées par le Conseil adoptent toujours une perspective le plus large possible, c'est-à-dire que les dossiers d'évaluation qu'on compte développer vont tenter de replacer un médicament ou une classe de médicament dans le continuum des interventions en santé par rapport à une maladie donnée. Par exemple, on va se poser le problème du traitement de l'angine stable, on va comparer des approches pharma-

cologiques, des approches non pharmacologiques, en essayant de comparer les bénéfices des avantages et les coûts de ces différentes approches. Donc, d'une part, de replacer le médicament dans le continuum de toutes les interventions qu'on peut utiliser par rapport à une pathologie précise; deuxièmement, c'est aussi constamment d'avoir à l'esprit l'impact global du médicament sur le système de soins, impact sur la population. Donc, la perspective des évaluations du Conseil est très large.

L'autre élément qui est extrêmement important aussi, c'est que le Conseil, contrairement au FRSQ, n'est pas une agence de recherche. Donc, on ne produit pas de recherches, on ne produit pas, disons, de données primaires. Le Conseil d'évaluation s'appuie sur les recherches déjà faites par le FRSQ ou par les chercheurs du FRSQ, et le Conseil d'évaluation vise à produire des synthèses d'information; synthèses d'information qui devraient aider les décideurs, encore une fois, aux différents niveaux du système à prendre des décisions.

Donc, encore une fois, dans les évaluations de médicaments, les consommateurs privilégiés de nos évaluations seront non seulement le ministère, mais les administrateurs régionaux et aussi tous les décideurs qui fonctionnent à différents niveaux, que ce soit dans les établissements hospitaliers, mais que ce soit aussi les associations professionnelles de médecins, les pharmaciens. Et, dans ce cas-là aussi, on pourrait envisager que des évaluations produites par le Conseil amènent, par exemple, le Collège des médecins ou l'Ordre des pharmaciens à réfléchir à l'élaboration de guides d'utilisation des médicaments qui pourraient devenir extrêmement utiles pour les prescripteurs et pour la population.

Les approches méthodologiques du Conseil pour l'évaluation des médicaments ne seront pas tellement différentes de ce que nous avons utilisé jusqu'à maintenant dans les autres domaines d'évaluation. Il est certain que le Conseil d'évaluation va faire un certain nombre d'ajustements, parce que, en effet, dans l'évaluation des médicaments, il existe un certain nombre de méthodes de recherche qui nous viennent de la pharmacoeconomie, par exemple, qui sont tout à fait appropriées, et nous comptons bien utiliser ce genre d'évaluation là.

J'ai donné un exemple précis d'un type d'évaluation qu'on pourrait faire sur le traitement de l'angine stable. Il y a d'autres exemples. Par exemple, le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate peut se faire à partir de médicaments, peut se faire à partir d'interventions chirurgicales. Il y a d'autres interventions. Et, encore une fois, un document type du Conseil serait de comparer les différentes approches thérapeutiques, de comparer les bénéfices, les risques et les coûts de ces différentes approches thérapeutiques. Dans le document que je vous ai soumis, il y a d'autres exemples extrêmement précis que l'on pourrait faire.

J'en arrive à la phase finale, et je conclurai là-dessus, M. le Président: quelles sont les conditions d'un impact significatif des rapports d'évaluation sur les médicaments. C'est un sujet que vous avez débattu longuement ce matin avec mes collègues du FRSQ.

Encore une fois, je pense qu'il faut revenir au rôle de départ du Conseil, qui est celui de produire la meilleure information possible sur les technologies qui sont étudiées, à partir de techniques qui sont des techniques de synthèse d'information. Mais ce qui est très important, évidemment, c'est que l'élaboration de l'information, la production des documents n'est que le point de départ du processus. Ce qui est encore plus important, c'est d'identifier, dans le milieu, les récepteurs appropriés pour que cette information finisse par activer des mécanismes, des leviers.

Alors, il est certain que, dans le domaine des médicaments, comme vous l'avez mentionné tantôt, il y a énormément de défis. Il est certain que, si on prend, par exemple, la possibilité de documents du Conseil de produire des effets réels au niveau des établissements de santé, il est certain que, dans les établissements de santé, il y a des conditions favorables à la réception de cette information-là. Pourquoi? Parce qu'il y a d'abord un budget global, il y a un conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens, il y a un partenariat médico-administratif qui fonctionne relativement bien au Québec. Et, donc, dans ce contexte-là, je pense que les documents qu'on pourrait produire sur l'utilisation des médicaments pourraient produire des effets tangibles, parce qu'il y a des mécanismes, il y a des leviers.

Par ailleurs, comme on l'a mentionné plus tôt ce matin, le défi est le milieu ambulatoire hors établissement où, en effet, la problématique est plus complexe, il y a beaucoup plus d'acteurs. Et je pense que le défi consiste à inventer des mécaniques qui vont permettre de produire l'information et de la transmettre de façon efficace non seulement aux prescripteurs, mais aussi aux patients. Et, donc, ça, c'est vraiment le défi.

Maintenant, il est certain, comme on l'a vu tantôt, qu'il existe un certain nombre de programmes de recherche qui essaient de développer des outils qui pourraient être extrêmement efficaces pour arriver à une utilisation plus rationnelle des médicaments en milieu ambulatoire. On a parlé du réseau de recherche FRSQ. Il existe un autre groupe de recherche qui se centre particulièrement sur l'utilisation des médicaments sur les personnes âgées. L'Association des hôpitaux du Québec finance un effort de recherche qui s'appelle «la revue d'utilisation des médicaments», la RAMQ est impliquée dans un autre effort de recherche qui s'appelle «la revue d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire». Donc, il existe un certain nombre d'initiatives de recherche en ce moment qui risquent de produire quand même une information extrêmement utile et qui risquent de développer des pistes importantes pour l'implantation, l'utilisation de cette information-là en milieu ambulatoire.

Il est clair qu'il y a d'autres acteurs qui seront mobilisés dans les prochaines années, que ce soit au niveau du ministère, que ce soit dans les régions régionales, que ce soit dans les directions de santé publique. On a parlé tantôt de la possibilité de développer des leviers très opérationnels. Si on pense, par exemple, à l'effica-

cité du concept de visiteur médical qui a été utilisé depuis de nombreuses années par l'industrie pharmaceutique, on pourrait imaginer le même concept de visiteur médical dont le but serait d'aller informer les praticiens directement des documents produits par le Conseil d'évaluation, par exemple. D'autres pistes intéressantes seraient de mobiliser peut-être les médecins de santé publique qui travaillent dans les régions régionales et qui pourraient justement coordonner des campagnes de sensibilisation de la population à l'utilisation plus rationnelle des médicaments.

En conclusion, donc, le rôle du Conseil est d'abord et avant tout de produire une information qui est la plus valide possible et qui vise à apporter un éclairage utile aux décisions à tous les niveaux du système de santé.

Deuxièmement, je dirais que la crédibilité du Conseil lui permet aussi de jouer un rôle de catalyseur en regard des différents acteurs du système de santé, rôle qu'il a déjà joué dans d'autres domaines et qu'il pourra jouer à nouveau au niveau des médicaments. Et, finalement, je dirais aussi que l'originalité du Conseil d'évaluation réside dans le fait qu'une évaluation d'impact de ses actions a déjà été réalisée à quelques reprises, et je pense que, par les temps qui courent, que les organismes publics démontrent l'efficacité de leurs actions est une chose extrêmement importante.

En fait, nous sommes, au Conseil d'évaluation, en ce moment, à implanter un système de monitoring continu et d'évaluation de l'impact des rapports.

Je pense que je vais m'arrêter ici, M. le Président.

• (12 h 20) •

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

M. Marsan: M. le Président, merci. Je vous remercie de vous être présentés devant nous ce matin, de vous être déplacés. Je voudrais quand même manifester un peu peut-être un effet de surprise. Lorsque nous nous sommes réunis, l'ensemble des députés, et que nous avons décidé de demander au Conseil d'évaluation des technologies de la santé l'apport qu'il pourrait nous donner sur toute la problématique des médicaments, je pensais — en tout cas, moi pour un, j'imagine que mes collègues aussi — que vous pourriez nous aider et apporter un éclairage extrêmement important. On sait qu'il y a des échéances. Le rapport du comité Castonguay devrait être déposé d'ici une semaine ou deux. En tout cas, on entend entre les branches qu'il pourrait y avoir un projet de loi sur une couverture, un régime universel d'assurance-médicaments. Et, quand je regarde la présentation que vous nous faites, bien, nous nous dites: Écoutez, on a eu le mandat en 1994 de M. Simon Caron, en mai 1994. Bon, on est rendu en mars 1996. Vous avez eu plein d'autres dossiers: les opacifiants, les laboratoires de cathétérisme, transplantations d'organes et plusieurs autres. Et, bon, à toutes fins pratiques, le

dossier des médicaments, vous venez de le commencer, vous avez commencé certaines consultations. Vous avez attendu l'arrivée de personnes ressources. Je pense que Mme Leclerc, c'est important de le souligner, c'est une personne qui est vraiment bien reconnue, qui était doyenne de la Faculté de pharmacie. Et tout ça pour me demander si vraiment votre Conseil d'évaluation a un véritable intérêt au niveau de la problématique des médicaments, au niveau de l'évaluation ou si vous préférez peut-être vous concentrer sur les autres aspects de votre mandat. En tout cas, je me sens le besoin, là, de vous poser cette question-là aujourd'hui.

M. Battista (Renaldo N.): D'accord, oui. Non, écoutez, il y a un intérêt réel de s'impliquer dans le document des médicaments. Cependant, je pense qu'il a fallu, d'une part, qu'on se réorganise un peu parce que c'est un mandat qui était nouveau pour le Conseil. D'autre part, aussi, à cause de l'existence du Conseil consultatif de pharmacologie, je pense qu'il a été important pour nous de prendre notre temps, de discuter avec le Conseil consultatif de pharmacologie afin d'avoir une espèce de stratégie concertée qui éviterait la duplication. Donc, pour toutes ces raisons-là, je pense que le dossier des médicaments demeure un dossier extrêmement important, et je pense que, ce que vous avez vu dans le mémoire, ça correspond exactement à là où on en est. Par contre, je suis certainement disposé à répondre à toutes les questions que vous voulez, parce que, évidemment, depuis un an, on a discuté de ce dossier-là à fond, et certainement qu'on a des opinions sur la plupart des problèmes qui vous préoccupent.

M. Marsan: Donc, dans le sens que vous dites, on sait qu'on devrait avoir bientôt un régime universel d'assurance-médicaments. Est-ce que vous pouvez nous parler de votre vision, même si vos consultations ne sont pas terminées?

M. Battista (Renaldo N.): Écoutez, je pense que le problème, actuellement, auquel on fait face, c'est d'essayer, d'une part, de décider si on est en mesure d'élargir un système de paiement des médicaments à l'ensemble de la population. Les chiffres sont simples. Il y a 1 500 000 personnes qui n'ont pas accès à des assurances-médicaments au Québec. Par contre, il y a à peu près 550 000 personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des médicaments. Et je pense que le défi, c'est de décider si on est capable de dégager une marge de manœuvre, à l'intérieur de cette masse monétaire qui est allouée aux médicaments, en utilisant différentes approches: des assurances, introduction de copaiements, de coassurances, mais, donc, de dégager une marge de manœuvre qui permettrait justement de déplacer ces argent-là pour couvrir la proportion du 1 500 000 personnes qui ont vraiment besoin de couverture. Je pense que, ça, c'est le problème, c'est le défi. Quels sont les ingrédients ou les éléments qui permettraient de résoudre cette quadrature du cercle? Certainement, un élément qui est extrême-

ment important, c'est d'envisager l'introduction d'une franchise, d'un copaiement, d'une coassurance. Je pense que c'est peut-être la seule façon de réussir à couvrir toutes les personnes qui, au Québec, auraient besoin d'être couvertes, sans augmenter l'enveloppe.

Bon, maintenant, comme vous le mentionnez vous-même, il y a le comité Castonguy qui a examiné ce problème à fond et qui va soumettre son rapport bientôt, autour des idées de mars. C'est une date assez fatidique. Et, donc, je pense qu'il faut attendre le dépôt de ce rapport-là pour voir s'il y a des pistes intéressantes.

Mais disons que je pense que, nous, on a envisagé le problème sous l'aspect de cette problématique. C'est certainement un défi, et on n'a pas fait le travail de fond qu'il faut pour vous dire ce matin: Oui, on pense que c'est faisable; non, on pense, non. Je pense que ce que je peux vous dire certainement, c'est qu'il y a un certain nombre de choses à examiner. Ça, c'est le problème. Et le problème, de façon pratique, c'est que, écoutez, il y a 500 000 personnes âgées de 65 ans et plus puis il y a 1 500 000 personnes, parmi lesquelles il y en a qui ont besoin d'être assurées... Donc, il s'agit de comprendre exactement s'il y a une équation qui est faisable entre ces deux groupes de population et s'il y a un moyen, par toutes sortes d'approches équitables, de peut-être introduire des mécanismes de copaiement qui permettraient d'équilibrer tout ça. Donc, c'est certainement un problème difficile, et je pense qu'il faut attendre de voir le rapport de la commission Castonguy.

M. Marsan: Pour être certain que j'ai bien compris, et je pense que c'est la recommandation... Vous rejoignez beaucoup vos prédécesseurs, les représentants du Fonds de la recherche en santé du Québec. Si on peut faire les économies dans le réseau — je dis bien «si», là — est-ce qu'on peut les regarder et les investir dans un régime d'assurance-médicaments universel en priorité? Ça serait le conseil que vous donneriez au ministre?

M. Battista (Renaldo N.): Absolument. Je pense que c'est le défi qu'il faut relever. Mais, plus que ça, je pense qu'avant de se lancer à fond de train, aussi, il faut s'assurer qu'on introduit des mécanismes, à l'intérieur du système, qui permettraient justement de créer un système équitable mais qui ne nous entraînera pas à défoncer le plafond. Parce que c'est sûr que, moi, je pense que le point de départ, c'est qu'on vit dans un contexte économique extrêmement difficile et que toute décision qu'on doit prendre doit tenir en compte ce contexte économique où on essaie de réduire les coûts. Et, dans ce contexte-là, je pense que la prudence est certainement importante.

M. Marsan: Je vous remercie, M. le Président.

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

M. Deslières: Merci, M. le Président. D'abord, je vous remercie d'être venus à la rencontre de la commission, d'une part, et j'ai juste un commentaire. Vous avez fait une présentation du Conseil d'une façon éloquente, vous êtes un excellent ambassadeur et un excellent vendeur, et je ne le dis pas d'une façon péjorative. Ma question plus formelle, plus pointue: Quels sont les liens formels ou informels, là, qui existent entre votre Conseil et les autres conseils — le Conseil consultatif, exemple, de pharmacologie — mais d'une façon plus formelle?

M. Battista (Renaldo N.): Oui. Avec le Conseil consultatif de pharmacologie, disons. Quand je suis devenu président du Conseil, en 1994, la première chose que j'ai faite, quand j'ai su qu'on avait ce mandat additionnel: j'ai rencontré le président du Conseil consultatif de pharmacologie. Et l'objectif de nos discussions était de trouver une espèce de terrain de collaboration. De façon pratique, je vous annonce que dans quelques semaines on sort un premier document — ce n'est pas un document conjoint; ce sont deux documents qu'on a élaborés — sur le traitement de l'angine stable. Et, donc, de la façon que ça s'est passé, c'est que le Conseil consultatif de pharmacologie a développé le volet pharmacologique du document; nous, on a développé le volet non pharmacologique. Par contre, il y a un agent de recherche qui travaillait au niveau des deux conseils. On s'est coordonné, on avait un comité aviseur, et, donc, les deux documents vont être publiés de façon simultanée et vont être diffusés aux 15 000 médecins du Québec avec une lettre qui est signée par les deux présidents des conseils. Alors, ça, c'est un exemple précis de collaboration.

Les mandats, quand même, ne sont pas les mêmes. Je veux dire que le mandat du Conseil consultatif de pharmacologie est vraiment de statuer sur les prix en vue d'établir le formulaire, alors que l'objectif ou la perspective du Conseil a toujours été une perspective extrêmement large. C'est-à-dire que, dans le domaine des médicaments, ce serait, par exemple, d'examiner la problématique du médicament, mais dans une perspective d'impact social global. Quel est l'impact, par exemple, de l'utilisation des hypolipémiants? Et, moi, je dirais qu'à cause de ça, à cause de ces perspectives qui sont différentes, il existe une complémentarité naturelle entre ce que le Conseil d'évaluation fait et ce que le Conseil consultatif de pharmacologie fait. Et, donc, ce que je peux vous dire, en tout cas, c'est que les liens, les rapports entre les deux conseils sont excellents en ce moment et que la volonté des deux conseils, ce n'est certainement pas de dupliquer les efforts, on n'a pas les moyens de faire ça en ce moment.

● (12 h 30) ●

M. Deslières: Et avec l'Office canadien de coordination, là?

M. Battista (Renaldo N.): Alors, ce qui se passe, c'est qu'au niveau canadien, donc, il y a cet Office

de coordination qui joue, je dirais, un double rôle. Avec les plus petites provinces qui n'ont pas les ressources nécessaires à la constitution d'un conseil comme le nôtre, l'Office canadien joue peut-être un peu le rôle que le Conseil joue au Québec, c'est-à-dire qu'ils essaient d'influencer les décisions dans les petites provinces. Avec les provinces plus importantes, plus grandes, disons, qui ont des ressources d'un conseil, l'Office canadien joue un rôle de coordination, de transmission d'information. Et, encore une fois, je dirais que le domaine de l'évaluation est un domaine qui est tellement vaste qu'il y a vraiment de la place pour tout le monde. Et ce qu'on fait de façon très précise, c'est qu'on se coordonne au niveau de l'établissement des priorités de recherche. Ce qui fait que l'Office canadien, les conseils d'évaluation dans différentes provinces, le Conseil au Québec, on ne travaille habituellement pas sur les mêmes sujets, mais, par contre, ça fait que tous les documents qui sont produits sont utilisés de façon très large. Et je peux vraiment vous dire que les documents du Québec connaissent une circulation très importante partout au Canada, ils sont même utilisés dans d'autres pays, et, donc, je dirais qu'à ce niveau-là la coordination se fait très bien.

M. Deslières: M. le Président. Si vous me permettez une courte question. Suite aux questions de mes collègues de l'opposition face à l'assurance-médicaments, vous avez répondu à titre personnel parce que je pense que ça ne fait pas partie de votre mandat. C'est ça?

M. Battista (Renaldo N.): Absolument. Oui.

M. Deslières: Ça va, M. le Président. Merci.

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

M. Beaudet: M. le Président. Merci Dr Battista d'être venu nous rencontrer, ainsi que Mme Gariépy. Je voudrais, d'entrée de jeu, vous dire combien je suis étonné de la réponse à notre demande parce que, à la lecture du document que vous nous fournissez, il y a plus de 50 % qui sert à justifier l'existence du Conseil alors qu'on aurait aimé entendre de votre part des conseils sur comment économiser avec les médicaments, comment avoir une meilleure utilisation du médicament. Évidemment, ce n'est pas le Conseil d'évaluation des technologies qui est en cause ce matin et on ne fera pas votre jugement ici. Mais ça me déçoit énormément que vous ayez passé autant de temps à essayer de nous le justifier. Contrairement à mon confrère, je pense que vous n'êtes pas un bon vendeur. Évidemment, vous y avez réfléchi, puisque vous l'avez dit. Alors, je vais vous poser des questions un petit peu... Comment est-ce que vous verriez l'utilisation du RRUM par la RAMQ qui s'adresserait à l'ensemble des médecins? Alors, on

sait que, actuellement, l'informatique nous permet d'obtenir toutes les informations des pharmacies, des officines et on pourrait même aller du milieu hospitalier et qui sont colligées à la RAMQ. Et on pourrait, à l'aide du Collège des médecins et des différentes fédérations, aussi, peut-être en arriver à une entente où on pourrait revoir le type de prescriptions qui se fait soit par région soit par groupe de médecins, soit même le rapetisser à un petit nombre d'individus qui sont déviants. Est-ce que, pour vous, c'est quelque chose qu'on pourrait investiguer?

M. Battista (Renaldo N.): Est-ce que Mme Gariépy peut-être...

Mme Gariépy (Line): En fait, la RAMQ se penche déjà sur ce problème-là. Ils sont censés, au 31 mars, avoir mis sur pied un comité RUMA, pour «revue d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire». C'est exactement ce que la Régie veut faire. Et puis, quand nous avons rencontré les gens de la RAMQ, ils nous ont dit qu'ils ne voulaient pas nécessairement s'impliquer là, au niveau professionnel dans ce comité-là, mais avoir tout simplement un support administratif. De la façon que ce RUMA pourrait fonctionner, il pourrait utiliser les données de la RAMQ, utiliser les données de MED-ECHO et puis les transmettre aux médecins ou aux pharmaciens qui sont déviants. Pas nécessairement en leur remettant ça sur le nez, en leur disant...

M. Beaudet: T'es déviant.

Mme Gariépy (Line): ...Écoute, tu n'es pas correct par rapport aux autres, mais surtout en disant: Vous avez une conduite qui nous semble... On a besoin d'explications. Et puis, des fois, en fait, les médecins, souvent, sont les premiers surpris à voir qu'eux vont prescrire trois benzodiazépines au même patient. Donc, je pense... Moi, le RUMA, c'est comme ça que je le vois. Je pense que c'est comme ça que la RAMQ le voit aussi. En discutant aussi avec le Collège des médecins, ces gens-là nous ont dit qu'ils étaient tout à fait d'accord pour qu'un tel processus soit mis sur pied. L'Ordre des pharmaciens, je n'ai pas encore discuté avec eux, mais je suis sûre qu'ils vont vous dire la même chose.

Il y a aussi un projet qui est présentement mis sur pied, qui s'appelle «le projet sur la pratique médicale de l'avenir». C'est un projet de recherche avec un groupe de recherche de McGill, où on va fournir à un certain nombre de médecins des ordinateurs dans leurs bureaux, qui seront directement reliés à la RAMQ et qui contiendront aussi les données personnelles de chacun de leurs patients. Donc, le médecin va être plus en mesure de mieux décider du traitement du patient.

M. Beaudet: Dans votre évaluation, vous mentionnez tantôt les OBO, les opacifiants. Je vais vous dire, je ne veux pas vous décevoir, mais, dans ma vie antérieure, j'ai eu à prendre cette décision-là comme

administrateur, et, malheureusement, ce n'était pas le dossier du Conseil de technologie qui avait opté, c'est le fait que les contraintes financières ont obligé les docteurs à choisir l'autre opacifiant, en regard de l'OBO, parce qu'ils auraient pu faire un nombre d'exams beaucoup plus restreint à cause du coût et qu'il y avait une masse fermée de leurs argents. Alors, ils ont opté pour l'autre opacifiant qui était moins dispendieux, mais tout en connaissant les conséquences.

Mais, dans cette démarche-là, dans un formulaire, est-ce que vous nous suggéreriez que le formulaire soit beaucoup plus restrictif qu'il ne l'est actuellement? Le formulaire contient un nombre de médicaments important. Est-ce que le Conseil, dans une étude qui pourrait... Je ne veux pas vous donner des sujets de recherche, Dieu m'en garde! Est-ce que le Conseil pourrait envisager de réduire le formulaire à un nombre très restreint de médicaments, mais des médicaments essentiels, dont les effets sont bien connus et qui ont été étudiés, répartis? Est-ce que c'est quelque chose qui serait envisageable?

M. Battista (Renaldo N.): Je pense que je peux vous donner mon opinion là-dessus, parce que, vraiment, là, on parle de quelque chose qui relève vraiment du Conseil consultatif de pharmacologie. Mais mon opinion sur ce problème, c'est que cette décision de restreindre encore plus le formulaire est une décision qui doit tenir en compte un certain nombre d'éléments. Il n'y a pas uniquement les éléments qui ont trait à l'efficacité thérapeutique, qui ont trait, par exemple, à l'efficacité ou à l'efficience des médicaments comme telle, mais il y a certainement un certain nombre d'autres éléments qui sont très importants.

Vous savez qu'il y a certaines provinces canadiennes, en ce moment, qui sont en train d'implanter des règles extrêmement sévères par rapport au prix de référence, prix de référence dans une classe de médicaments, à travers différentes classes. Au Québec, on a une approche qui est extrêmement différente par rapport à ça. Il est certain qu'il y a d'autres éléments qui peuvent peut-être militer en faveur d'une option plutôt que l'autre — les investissements importants de l'industrie pharmaceutique au Québec, la création d'emplois — donc, je dirais que cette décision-là, ultimement, doit essayer de tenir en compte l'ensemble de ces éléments. Et, certainement, c'est une décision qui est vraiment politique.

● (12 h 40) ●

Pour ce qui est des opacifiants, si vous me permettez, il est certain que le Conseil seul... les documents du Conseil ne peuvent pas être crédités avec l'impact dans des décisions. C'est vraiment une conjoncture d'éléments qui font que, à un moment donné, une décision se prend. Mais ce que j'essayais d'illustrer, la raison par laquelle on a documenté ça dans notre mémoire, c'est que, d'une part, c'est le travail qu'on a fait à date et, d'autre part, on a utilisé ce travail-là comme éclairage pouvant vous donner une idée de ce qu'on

pourrait faire dans l'avenir. Mais je dirais que, par rapport aux opacifiants, c'est une conjoncture d'éléments. Il est sûr que le budget global des hôpitaux crée une atmosphère, un contexte de réception qui est favorable. Mais, par contre, si vous, comme administrateur d'hôpital, aviez reçu un document qui vantait les mérites des nouvelles substances opacifiantes, vous n'auriez pas été capable de prendre une décision comme celle que vous avez peut-être prise.

Donc, ce que je dis, c'est que, dans le fond, les documents qu'on produit permettent d'appuyer des décisions, bien sûr, qui se prennent dans un contexte économique extrêmement difficile. La preuve qu'on a eu un impact quand même, c'est que le Québec est entouré d'autres provinces où on a décidé d'aller vers une conversion complète, que ce soit l'Ontario, l'Alberta ou d'autres provinces. Donc, je dirais que, dans ce contexte-là, on a quand même eu un impact important, et même que l'Ontario, après la publication de nos documents, s'est demandé s'il n'y avait pas moyen, pour lui, de modifier sa politique d'utilisation des substances opacifiantes.

Le Président (M. Williams): Merci. M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Oui, M. le Président, bonjour. Je pense que c'est sûr qu'on aurait pu s'attendre à des choses beaucoup plus concrètes, mais, moi, je serais porté à dire, un petit peu comme mon collègue de Salaberry-Soulanges, que vous posez là des pistes opératoires qui sont très intéressantes. Je vois, en particulier, que vous insistez beaucoup sur l'information et surtout sur la réception à cette information-là. Vous résistez à des lobbys et vous résistez, aussi, à un immense appareil publicitaire qui, en médicaments, ne vaut pas grand-chose, finalement; on n'achète pas du savon à vaisselle. Même pour du savon à vaisselle, ça ne vaut pas cher. Il faut l'essayer, finalement. Mais, comme le corps n'est pas un laboratoire, il vaut mieux faire cette expérimentation-là ailleurs.

Alors, vous parlez de récepteurs appropriés. Je me rapporterais au dernier élément de votre mémoire, les conditions d'un impact significatif des rapports d'évaluation sur les médicaments. Et, en particulier, je pense que cette section-là s'applique très bien à ce qu'on appelle «le virage opératoire». Il s'agit de ne pas prendre le champ dans ce virage-là. Il y en a qui sont portés à ça, je ne ferai pas d'allusion à un autre côté, mais je pense qu'on est en train d'essayer quelque chose ensemble. Et vous parliez en particulier des médicaments ambulatoires, enfin ce qu'évoquait le député d'Argenteuil, les programmes de revue d'utilisation de médicaments ambulatoires, de visiteurs médicaux. On sait l'importance que le ministre attache au fait, justement, de faire profiter la santé de coupures à des endroits pour les mettre ailleurs, là où c'est plus rentable. Est-ce que vous avez des choses très concrètes, ici? Alors, vous dites: c'est le cas de programmes, est-ce que vous avez des choses concrètes à nous suggérer à cet égard-là?

M. Battista (Renaldo N.): Bien, un élément concret, une piste qui serait à explorer, vraiment, c'est que, dans toutes les régions régionales, il y a un secteur de santé publique qui est assez élaboré au Québec — nous avons beaucoup de médecins en santé publique qui travaillent au Québec — et une des choses qui seraient peut-être à explorer serait de voir dans quelle mesure les médecins de santé publique pourraient s'impliquer beaucoup plus dans le dossier des médicaments, dans le dossier de l'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire, que ce soit par le biais de développements de campagnes d'information, de sensibilisation, que ce soit par un renforcement des liens qui pourraient exister entre les médecins de santé publique et les praticiens dans les hôpitaux, dans les CLSC, dans les cliniques privées. Ça, je pense que c'est une piste intéressante. On a vraiment beaucoup de médecins de santé publique, au Québec, on est bien équipés, et je pense qu'il faudrait peut-être envisager une connexion peut-être beaucoup plus importante qu'on l'a faite à date entre la santé publique et les soins curatifs. Et, ça, ce serait peut-être un dossier où cette connexion-là pourrait peut-être se faire de façon intéressante. Mais c'est vraiment une idée que je vous lance, ce matin, qui est toute à explorer, là.

M. Gaulin: Merci.

Le Président (M. Williams): Merci, j'ai quelques questions, aussi, Dr Battista, mais, d'abord, je voudrais vous féliciter pour votre travail dans les dossiers, peut-être pas dans les dossiers des médicaments jusqu'à maintenant, mais dans les autres dossiers. Effectivement, d'avoir un budget de plus ou moins 1 000 000 \$ et quelque chose, on peut trouver les solutions qui sauvent 35 000 000 \$ par année. Je pense que c'est un bilan pas mal et j'espère que l'on peut toujours... Avec une bonne information et un esprit de collaboration avec le réseau, on peut trouver les façons de sauver de l'argent.

J'espère que la prochaine fois qu'on pourra en parler avec votre Conseil, on pourra aussi discuter plus profondément la question des médicaments. Mais, je pense, votre style... a bel et bien démontré que c'est efficace.

Si j'ai bien compris, quand vous avez parlé des politiques des autres provinces, je pense bien que vous n'avez pas fait une évaluation positive sur la politique de prix de référence. Je voudrais explorer ça un peu plus avec vous. Est-ce que j'ai bien compris que vous pensez qu'une politique de prix de référence va être quelque chose contre les intérêts du Québec?

M. Battista (Renaldo N.): Encore une fois, je parle à titre personnel parce qu'on n'a pas examiné le problème au niveau du Conseil d'évaluation. Mon opinion personnelle, c'est que, certainement, la province canadienne qui est la plus extrême dans son application de ce principe du prix de référence, c'est la Colombie-Britannique. Et il est certain que, dans cette province-là,

actuellement, il y a énormément de remous. Personnellement, je pense qu'il faudrait trouver une solution qui éviterait d'aller à une situation aussi extrême que ça, de façon simple, aussi.

Vous savez peut-être qu'en Nouvelle-Zélande, il y a quelques années, on a implanté un système basé sur le prix de référence, un système aussi extrême, et, en 24 heures, je pense que les compagnies pharmaceutiques ont quitté le pays. Évidemment, dans ce cas-là, c'était peut-être plus simple, il y a 3 000 000 de personnes en Nouvelle-Zélande. Mais ce que je veux dire, donc, c'est que cette décision-là ultime, elle est politique. Il y a un ensemble d'éléments dont il faut tenir compte et il faut certainement contrebalancer les bienfaits d'introduire une politique beaucoup plus restrictive avec les conséquences négatives sur l'économie du Québec.

Le Président (M. Williams): Merci. Avec votre approche, vous êtes certainement entré dans les «partnerships» avec les autres conseils et le réseau, mais c'est quoi, votre relation avec le secteur privé? Parce qu'il me semble que, dans les autres, on a tout le secteur privé pharmaceutique, certainement, mais vous avez d'autres expériences avec le secteur privé dans les autres technologies. C'est quoi, votre approche? Est-ce qu'ils sont aussi les partenaires d'une solution? Comment vous travaillez avec le secteur privé?

M. Battista (Renaldo N.): Là-dessus, je vous dirais que, dans le domaine de l'évaluation, il y a une évolution au niveau des mentalités. Le secteur de l'évaluation, ce qu'on appelle le «technology assessment», ça a été créé en 1975 à peu près, et je dirais que, pendant les 10 premières années de l'évolution de ce domaine-là, partout dans le monde, l'attitude par rapport à l'industrie était une attitude de distance. C'est-à-dire que, d'une part, l'industrie regardait le développement du concept d'évaluation avec un peu de trépidation, comme étant un développement qui pourrait éventuellement freiner l'innovation technologique, le développement technologique, d'autre part, les gens qui faisaient de l'évaluation voyaient l'industrie comme un ensemble d'intérêts de gens qui ne pensaient qu'à leurs propres intérêts. Donc, je dirais que cette première phase de développement était une phase qui était marquée par une non-communication entre les deux domaines.

Mais je dirais que, depuis cinq ou six ans, à cause de l'évolution de la situation dans tous les systèmes de santé du monde, à cause de l'explosion des coûts, à cause de la nécessité de faire des réformes, je pense que ces partenaires commencent à devenir beaucoup plus près. Et, moi, ce que je vois actuellement au niveau de la société internationale, entre autres, c'est qu'il y a maintenant des canaux de communication qui sont ouverts entre l'industrie, les gens qui font de l'évaluation, les gens qui font de la recherche, les praticiens. Les gens se rendent compte que, de toute façon, il faut qu'on s'assoie à la même table pour essayer de trouver des solutions ensemble.

Qu'est-ce que ça veut dire pour le Québec particulièrement? Ce que je vous dirais, c'est que le Conseil d'évaluation a maintenant engagé des discussions avec des partenaires industriels non pas pour faire financer les études, parce que je pense que ce principe-là est un principe qui est extrêmement important. Le jour où on sera financé par l'industrie pour produire des études, les études du Conseil seront beaucoup moins crédibles et, par conséquent, ne rempliront pas le rôle qu'elles doivent remplir. Je ne pense pas qu'on s'en va dans cette direction-là. Mais certainement qu'il y a une communication avec les partenaires industriels, de façon à ce que le Conseil comprenne un peu ce qui s'en vient, quelles sont les innovations technologiques qui s'en viennent, en même temps, pour l'industrie, de comprendre quels sont les intérêts d'évaluation du Conseil, ça oui, et c'est une chose qui se fait et c'est une chose, je pense, qui devrait se faire de plus en plus.

Le Président (M. Williams): Merci. En préparation pour votre étude sur les médicaments, avez-vous approché les compagnies pharmaceutiques, et, si oui, c'était quoi, leur réaction?

• (12 h 50) •

Mme Gariépy (Line): J'ai tenté de rejoindre le représentant de l'ACIM sur le comité d'implantation de la stratégie sur l'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées, et je n'ai pas eu de nouvelles. Par contre, toutes les autres personnes avec qui j'ai discuté, qui sont impliquées dans différents organismes, ont répondu à l'appel.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Dr Battista, vous avez mentionné qu'entre mai 1994 et aujourd'hui vous avez utilisé les... d'assurer que vous ayez une bonne communication avec le Conseil consultatif de pharmacologie et d'assurer qu'il n'y ait pas de duplication. Je voudrais savoir aujourd'hui quelle est la différence dans cette question entre le mandat de votre Conseil et celui du Conseil consultatif de pharmacologie.

M. Battista (Renaldo N.): Le mandat du Conseil de pharmacologie est très clair: le Conseil consultatif de pharmacologie doit statuer sur la valeur thérapeutique des médicaments et sur la justesse des prix, alors que le mandat qu'on se donne, nous, qui nous a été demandé d'envisager, c'était particulièrement d'abord de se centrer sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées — donc, ça c'est vraiment le créneau — mais de produire des évaluations qui adoptent une perspective extrêmement globale, c'est-à-dire quel est l'impact, par exemple, de l'utilisation des hypolipémiants sur le système de santé. Alors, je dirais que la perspective du Conseil d'évaluation est différente. On produira dans ce domaine-là des études de coût-efficacité qui pourront certainement être utiles au Conseil consultatif de pharmacologie quand le Conseil décide d'inclure des médicaments dans le formulaire.

Donc, en somme, je dirais que les travaux du Conseil d'évaluation deviennent une espèce d'intrant dans ce qui pourrait être fait par le Conseil consultatif de pharmacologie.

Le Président (M. Williams): Merci. Dernière question. C'est notre troisième journée de consultations publiques que nous avons eue. Jusqu'à maintenant, nous avons rencontré, parmi plusieurs autres groupes, le CET, le FRSQ, le CCP, la RAMQ et aussi le ministre de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie. Le ministre de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie a lancé l'idée, la première journée, que peut-être nous avons besoin d'un établissement québécois, une instance du gouvernement qui peut regrouper toutes les tendances. Aujourd'hui, nous avons discuté des relations entre vous et le CCP, le FRSQ. Avez-vous quelques opinions sur l'idée d'avoir une instance gouvernementale qui peut regrouper toutes les dynamiques sur les questions d'utilisation des médicaments, les questions, certainement, de santé, les questions de recherche, mais aussi les questions économiques? Avez-vous quelques réflexions, quelques opinions sur cette idée?

M. Battista (Renaldo N.): Et là vous ne parlez pas nécessairement d'un regroupement de tous ces organismes-là. Je ne suis pas certain que je comprends ce que vous...

Le Président (M. Williams): Oui. Mais c'est une idée lancée la première journée. Ce n'était pas nécessairement la mienne. Avec ça, je n'ai pas nécessairement une tendance ou l'autre. Ça peut être une autre place ou une autre instance où on peut discuter toute cette question ou ça peut être aussi un regroupement de ces autres conseils.

M. Battista (Renaldo N.): Oui.

Le Président (M. Williams): Je pense que la recommandation était plus le premier que le deuxième, mais...

M. Battista (Renaldo N.): D'accord.

Le Président (M. Williams): ...vous êtes certainement ouvert à répondre aux deux volets de la question.

M. Battista (Renaldo N.): Oui. Mais, écoutez, moi, je pense que, pour répondre à cette question-là, il faut d'abord comprendre exactement quel serait le mandat de cette agence-là, parce que, dans le contexte actuel, bien sûr, la situation est très morcelée, mais chaque organisation a un mandat extrêmement différent. Le mandat du FRSQ est un mandat de financement de la recherche comme telle. Un des mandats du CCP, c'est la constitution du formulaire. Donc, je pense qu'il faut

d'abord définir quelles sont les fonctions d'une telle agence et, deuxièmement, comprendre si toutes ces fonctions-là pourraient être regroupées à l'intérieur d'un même organisme.

Il est certain qu'il y a d'autres exemples ailleurs qui pourraient être examinés. Entre autres, en France, il existe une agence du médicament qui a été constituée, alors qu'aussi en France il y a une agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale qui est l'équivalent du Conseil d'évaluation. Alors, dans certains pays, on a eu tendance à dissocier ces fonctions-là.

Donc, je dirais, pour répondre à votre question, que c'est une piste intéressante. Je pense qu'il faudrait l'examiner. Mais, en même temps, il faudrait soupeser le pour et le contre, et il faudrait surtout comprendre quels seraient les mandats et si les différents mandats de cette agence-là sont compatibles entre eux.

Le Président (M. Williams): Merci, M. Battista. Maintenant, je passe la parole au député de Salaberry-Soulanges.

M. Deslières: Juste pour faire le lien avec ce que M. le président vient de vous poser comme question, là. Vous semblez nous indiquer qu'il y a beaucoup de coordination, que tout le monde est heureux autour de la table, que ça va bien se faire. Mais, moi, je crains, comme dans d'autres domaines, qu'il y ait, effectivement — et, ça, ça a été mentionné, là — malgré qu'on ait des mandats spécifiques, tout ça — vous savez comment ça se passe — un danger de duplication et de doublement dans tout ça, là, énorme qui forcément coûterait plus cher et puis ne serait pas très, très efficace en fin de compte. Et la suggestion de M. le président de la commission, je la verrais très bien dans un Québec souverain. Ça enlèverait un des dédoublements.

M. Battista (Renaldo N.): C'est une piste intéressante à examiner, M. le député.

M. Deslières: Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Williams): Je ne fais aucun commentaire sur votre dernier commentaire, M. le député, aucun commentaire.

M. Deslières: Mais sur mes premiers propos, à l'interne, là, vous semblez nous dire: Bon, O.K., la coordination, mais attention! on a déjà vu ça dans d'autres domaines...

M. Battista (Renaldo N.): Non, j'ai...

M. Deslières: ...où il y a beaucoup de monde autour de la table, et puis, à un moment donné...

M. Battista (Renaldo N.): Oui, oui.

M. Deslières: ...on se pile sur les pieds.

M. Battista (Renaldo N.): Non, je n'ai pas suggéré que la coordination se fait sans problème. Par contre, je pense qu'il faudrait mettre ça en regard des coûts de constitution d'un nouvel organisme, et je ne sais pas. Donc, je pense qu'il faudrait examiner la question à fond.

M. Deslières: Merci.

Le Président (M. Williams): Merci beaucoup. Merci, Dr Battista. Merci, Mme Gariépy, pour votre présentation aujourd'hui. Merci au Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Maintenant, la commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 57)

