



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultations particulières sur le projet de
loi n° 33 — Loi sur l'assurance-médicaments
et modifiant diverses dispositions législatives (3)

Le jeudi 30 mai 1996 — N° 20

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	115,00 \$
Débats des commissions parlementaires	325,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'aménagement et des équipements	105,00 \$
Commission du budget et de l'administration	75,00 \$
Commission des institutions	70,00 \$
Commission des affaires sociales	65,00 \$
Commission de l'économie et du travail	60,00 \$
Commission de l'éducation	40,00 \$
Commission de la culture	35,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	20,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	10,00 \$

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 30 mai 1996

Table des matières

Auditions

Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec (RACQ)	1
Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP)	18
Commission d'accès à l'information (CAI)	25
Coalition Solidarité Santé	32
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	42
Association québécoise de la fibrose kystique (AQFK) et	
Comité provincial des adultes fibrokystiques	52
Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec (COPHAN)	63

Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
Mme Solange Charest, présidente suppléante
M. André Gaulin, président suppléant

M. Jean Rochon
M. Pierre Marsan
M. Russell Copeman
M. Russell Williams
M. Geoffrey Kelley

- * M. Pierre Genest, RACQ
 - * M. Richard Bell, idem
 - * M. Claude Castonguay, Comité d'experts sur l'assurance-médicaments
 - * M. Jean-Guy Goulet, ACFPP
 - * M. Joseph Kerba, idem
 - * M. Paul-André Comeau, CAI
 - * M. Claude St-Georges, Coalition Solidarité Santé
 - * Mme Marie Pelchat, idem
 - * M. Claude Gagnon, AQPP
 - * M. Paul Fernet, idem
 - * M. Denis Laberge, idem
 - * M. Daniel Larouche, idem
 - * M. Normand Cadieux, idem
 - * M. Yves Pesant, AQFK
 - * M. Georges Rivard, idem
 - * M. Jean-Luc Lavoie, idem
 - * M. Roger Barnard, Comité provincial des adultes fibrokystiques
 - * Mme Lucie Lemieux-Brassard, COPHAN
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 30 mai 1996

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33

(Dix heures onze minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît!

Alors, pour les gens qui sont debout, il y a des dispositions qui sont en train de se prendre de façon à vous permettre d'être assis. Alors, on va vous laisser quand même, pour le moment... On va se permettre de commencer en vous laissant debout. Mais, excusez-nous, on espère que les chaises vont arriver très bientôt.

Je rappelle le mandat de la commission: la commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives.

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

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je rappelle à nos invités, qui sont, pour ce matin, le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec, que vous avez 20 minutes de présentation, remarques préliminaires, et, ensuite, il y a échange entre les membres de la commission. J'excuse tout de suite les autres membres de la commission qui ne sont pas ici, mais vous comprenez qu'on siège en même temps. Alors, beaucoup de commissions, puis l'Assemblée nationale aussi.

Je vous invite dès maintenant à présenter les personnes qui auront à parler, avec nom et titre, pour que ce soit bien enregistré. Allez-y.

Auditions

**Regroupement des assureurs de personnes
à charte du Québec (RACQ)**

M. Genest (Pierre): Merci, M. le Président. Mon nom est Pierre Genest, je suis le président du conseil du Regroupement des assureurs à charte du Québec. Je suis également président-directeur général de la SSQ vie. Je suis accompagné, à ma droite, de M. Jacques Desbiens, qui est vice-président du conseil du Regroupement et président-directeur général de L'Union-vie. Je suis également accompagné de M. Jean LaCouture, qui est assis un petit peu à l'arrière de nous, qui est le président-directeur général du RACQ. J'ai, à ma gauche, André Vincent, premier vice-président, réseau collectif Groupe Vie Desjardins-Laurentienne, et, à mon extrême droite, Richard Bell, vice-président, Assurance collective SSQ vie.

Si vous me le permettez, M. le Président, on a quelques membres qui sont représentés. Il y a des présidents de sociétés d'assurances importantes au Québec qui sont dans la salle. Je vais peut-être juste mentionner qu'on a avec nous M. Jacques Labrecque, qui est le président-directeur général de la MFQ vie; on a également M. Claude Boivin, qui est président et chef de l'exploitation de la Croix Bleue du Québec; M. Michel Thérien, qui est président et chef de la direction d'Assurance vie Desjardins-Laurentienne; M. Louis Gosselin, président-directeur général de L'Excellence, compagnie d'assurances sur la vie, et M. Yves Demers, qui est président du conseil de SSQ vie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si je comprends bien, les compagnies québécoises sont très bien représentées.

M. Genest (Pierre): Elles sont présentes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci.

M. Genest (Pierre): Le Regroupement des assureurs de personnes veut d'abord vous remercier de nous donner l'occasion d'exposer notre proposition sur l'instauration d'un régime universel ou un régime général d'assurance-médicaments.

Rappelons d'abord que le RACQ regroupe 12 compagnies qui gèrent près de 75 % du total des primes souscrites auprès des assureurs québécois.

À l'heure actuelle, le Québec n'est pas loin d'une couverture universelle des dépenses de médicaments. D'une part, 85 % de la population bénéficient déjà d'une protection adéquate, soit par le biais des régimes privés ou publics. D'autre part, 80 % de l'argent dépensé en médicaments au Québec est remboursé soit par l'État, soit par les assureurs privés.

Parce que nous sommes très près d'une couverture universelle, nous estimons qu'il est préférable de s'appuyer sur les régimes actuels, tant publics que privés, qui ont prouvé leur efficacité auprès de la majorité de la population pour atteindre l'objectif d'universalité plus rapidement et à moindre coût.

Le RACQ reconnaît d'ailleurs que le système actuel comporte plusieurs lacunes, qui ont d'ailleurs été bien documentées dans le rapport Castonguay.

Face à cette situation, les assureurs québécois ont appuyé dès le début le concept d'une couverture universelle de médicaments. Le RACQ souhaite que l'instauration de cette couverture universelle des médicaments respecte les valeurs suivantes: l'équité entre les mieux nantis et les personnes à faibles revenus, la solidarité entre la population en santé et les

personnes qui encourent des dépenses élevées de médicaments et le partenariat entre les secteurs privé et public.

Rappelons que les enjeux de l'assurance-médicaments sont beaucoup plus grands pour les assureurs québécois que pour leur concurrents nationaux et internationaux. En effet, l'assurance-médicaments représente pour eux une part très importante de leurs affaires.

L'assurance-médicaments est une protection d'assurance qui nécessite le plus de ressources humaines et informatiques. Ainsi, la présence des assureurs québécois en assurance collective, et en particulier en assurance-médicaments, permet de générer beaucoup d'emplois au Québec.

Le rapport Castonguay avait déjà écarté l'étatisation complète de la couverture des médicaments en recommandant le maintien du rôle des assureurs privés et le partage de l'administration entre la RAMQ et les assureurs privés.

Le RACQ constate avec satisfaction que le projet de loi n° 33 entérine ses recommandations. Nous sommes persuadés que le partenariat élimine les obstacles à la gestion intégrée de la santé. En effet, l'établissement d'un partenariat réel entre les assureurs privés et l'État québécois permettrait d'associer l'expertise et les systèmes administratifs des assureurs aux pouvoirs de l'État.

Ainsi, compte tenu de la proportion importante de la population qui sera couverte par les régimes privés, le RACQ estime essentiel que les assureurs soient associés de près à toutes les instances décisionnelles et considère que le projet de loi n'encadre pas suffisamment ce partenariat.

À cet effet, le RACQ recommande la création d'une société mixte composée de représentants de l'État, des assureurs, du Collège des médecins, de l'Ordre des pharmaciens et des usagers pour superviser la gestion du régime universel et confier des mandats spécifiques aux organismes déjà en place selon leur expertise propre.

Permettez-moi maintenant de m'attarder à certains paramètres précis du régime portant sur les aspects financiers et administratifs.

Le fonds commun des régimes collectifs. Parlons d'abord des régimes collectifs, puisqu'ils couvrent 4 500 000 personnes. Ces régimes collectifs d'assurance-médicaments représentent déjà une forme de mise en commun des risques.

Le RACQ reconnaît cependant que, dans les petites entreprises, les dépenses élevées et récurrentes de médicaments d'un employé entraînent des pressions financières sur l'employeur et ses collègues de travail. Pour éviter cette situation inacceptable, le RACQ appuie, tel que stipulé à l'article 36, la création d'un fonds commun afin de répartir entre tous les régimes collectifs les dépenses élevées de médicaments.

Régimes individuels. Le RACQ comprend et accepte l'obligation de créer un fonds commun pour les régimes individuels. Cependant, dans un contexte où ils ne peuvent contrôler la participation obligatoire au régime universel, ou au régime général, ni ses paramètres,

notamment le niveau de prime qui est fixé par le gouvernement, les assureurs ne peuvent pas assumer le risque d'un sous-financement de ce fonds commun.

Soulignons que les assureurs sont tenus par la loi qui les régit de garantir à tous leurs assurés une très grande sécurité financière. Il serait donc inadmissible qu'une décision du gouvernement favorisant ceux qui détiennent une assurance-médicaments individuelle vienne affaiblir la solidité financière des assureurs et la sécurité des assurés.

Par conséquent, le RACQ considère essentiel que le gouvernement s'engage à combler tout déficit observé dans le fonds commun des régimes individuels par le biais d'un prêt qui serait remboursé en demandant aux assureurs de percevoir une prime de récupération de déficit dans les années subséquentes, sur une période d'amortissement qui sera déterminée par le gouvernement.

En contrepartie, les assureurs comprennent et ils sont disposés à laisser dans ce fonds commun tout surplus observé afin de rembourser le déficit passé ou de constituer un fonds de stabilisation pour atténuer les fluctuations trop fortes du niveau futur des primes. Ainsi, les assureurs ne feront aucun profit d'assurance à partir de ce fonds commun.

On veut vous parler également du problème de l'antisélection. En ce qui concerne les transferts des régimes collectifs vers les régimes individuels, le RACQ signale qu'avec une prime individuelle uniforme, sans égard à l'âge de l'adhérent, sans égard à son état de santé, les régimes collectifs seront incités à transférer leurs membres âgés aux régimes individuels pour améliorer leur expérience, alors que les plus jeunes seront incités à se regrouper pour obtenir un niveau de prime plus bas dans un régime collectif où ils n'auraient pas à subventionner les plus âgés. À la longue, ces mouvements auraient pour effet de ne laisser que les plus grands consommateurs dans le régime individuel, entraînant ainsi une spirale de coûts qui mettraient en péril la survie même du régime général. Les articles 35 et 36 du projet de loi visent spécifiquement à éviter que cette situation ne se produise.

● (10 h 20) ●

De plus, le gouvernement devrait modifier le règlement de l'application de la Loi sur les assurances afin de rendre illégale la création de groupes artificiels aux seules fins de souscrire à un régime collectif d'assurance-médicaments, comme il le fait présentement pour l'assurance-vie. Rien n'empêcherait toutefois une entreprise ayant des travailleurs âgés d'éliminer la couverture des médicaments de son régime d'assurance collective pour atteindre son but. Afin d'éviter pareille situation, le RACQ recommande que tous les régimes d'avantages sociaux en vigueur au Québec soient tenus par la loi d'inclure un régime d'assurance-médicaments au moins aussi généreux que le régime général et qu'ils ne puissent en exclure aucun de leurs participants, à moins que ces derniers puissent démontrer qu'ils sont déjà protégés par un régime collectif équivalent.

Contrôle de l'aspect obligatoire. La participation obligatoire de tous les citoyens au financement du régime universel constitue un élément essentiel à la survie de ce régime. Le RACQ voit deux façons de contrôler cette obligation. D'abord, dès qu'une personne se présente en pharmacie et que l'on ne peut retracer le régime auquel elle adhère, la RAMQ devrait l'informer qu'elle ne se conforme pas à la loi. De plus, il faut nécessairement prévoir un mécanisme permettant à l'État de vérifier l'adhésion en cours d'année par la confrontation des fichiers des assureurs et du fichier central, sur une base trimestrielle, pour déceler ceux qui n'ont pas adhéré au régime et imposer aux délinquants une pénalité au moins équivalente à la prime qu'ils auraient dû payer.

Le niveau de la couverture. Dans l'ensemble, le RACQ est en accord avec le niveau de couverture proposé dans le projet car il permet d'atteindre deux objectifs importants. D'une part, l'application, dans le régime universel, d'une franchise et d'une coassurance constitue le meilleur moyen de maintenir un incitatif financier favorisant un bon usage des médicaments et de limiter les coûts du régime. D'autre part, l'application d'un plafond maximum annuel des dépenses permet de venir en aide aux personnes qui ont des dépenses élevées de médicaments et des ressources financières limitées, en particulier celles qui bénéficient à l'heure actuelle de la circulaire «malades sur pied».

Bien que la RACQ comprenne les objectifs sociaux poursuivis par l'État en choisissant de ne pas appliquer la franchise et la coassurance aux enfants, il convient, par contre, de signaler que cette seule mesure aura pour effet d'accroître le coût des régimes collectifs en vigueur d'environ 5 %. Cette hausse, combinée au coût du transfert des régimes publics spéciaux, tel que la directive «malades sur pied», et l'imposition d'un plafond annuel de dépenses, entraînera une hausse des primes de plus de 10 % dans la majorité des régimes en vigueur, sans compter les coûts administratifs accrus qu'il faudra encourir pour modifier tous les régimes collectifs avant le 1er janvier 1997.

Il existe beaucoup d'inconnues sur la participation de la population actuellement non assurée au nouveau régime universel d'assurance et sur l'effet du transfert des régimes publics. Dans ce contexte, le RACQ croit qu'il serait plus prudent d'instaurer au départ un régime qui limitera le plus possible les impacts financiers et administratifs sur les régimes d'assurance collective en vigueur et d'attendre de connaître les pleins effets afin d'y ajouter, par étape, des éléments plus généraux.

Indexation. L'article 14 du projet de loi stipule qu'à défaut d'une révision périodique le montant de la franchise et la somme maximale et déboursée seront indexés pour l'année suivante selon le mode prévu de règlement. Le RACQ est d'avis qu'un mode d'indexation basé sur l'évolution réelle des coûts des médicaments couverts par le régime universel constitue la seule façon de ne pas changer la répartition du coût à moyen terme et de conserver les objectifs visés pour le régime universel.

Quant à la liste des médicaments, elle représente, selon le RACQ, l'un des principaux paramètres du régime universel. Les assureurs estiment qu'il est essentiel qu'ils soient associés au processus d'établissement de cette liste et à sa révision. À cet effet, ils apprécient que l'article 51 du projet de loi leur accorde un membre désigné au sein du Conseil consultatif de pharmacologie.

Le fait pour l'État d'obliger les citoyens à se procurer l'assurance-médicaments lui confère la responsabilité de leur en garantir l'accès au meilleur prix possible. Le RACQ juge nécessaire d'être associé au processus de négociation du prix des médicaments inscrits à la liste avec les compagnies pharmaceutiques et essentiel que ces prix soient applicables à l'ensemble de la population. Il en est de même avec les frais versés aux grossistes.

Il va de soi que les principes d'équité ou de cohérence afférents au contexte d'un régime universel et obligatoire s'appliquent aussi aux honoraires des pharmaciens. Le RACQ estime donc nécessaire, tel que prévu à l'article 92, de participer au processus de négociation des honoraires des pharmaciens et que les résultats de cette négociation s'appliquent à tous les médicaments et services rendus par les pharmaciens au Québec.

La Revue d'utilisation représente un outil essentiel dans la gestion de la santé et le contrôle des coûts des médicaments. Un tel processus nécessite la bonne collaboration de l'État, des assureurs, des médecins et des pharmaciens. À cet égard, il est essentiel que le Comité de revue de l'utilisation des médicaments décrit à l'article 69 comprenne au moins un représentant de l'État et un représentant des assureurs.

Le fichier central. Il est essentiel de mettre en place un fichier central et d'y inscrire toutes les prescriptions remplies par un pharmacien au Québec afin d'assurer une meilleure gestion de la santé. De plus, il est important que le fichier central ou le réseau choisi pour transporter l'information soit accessible aux assureurs afin de bien gérer les mouvements entre les régimes privés et publics. La gestion du fichier central devrait être confiée, selon nous, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La confidentialité. La confidentialité des renseignements personnels, et en particulier ceux qui concernent l'état de santé, de même que le respect du lien privilégié qui existe entre un patient, son médecin et son pharmacien sont des valeurs sociales auxquelles les Québécoises et les Québécois accordent une grande importance, et nous y souscrivons. La loi et le règlement devraient donc garantir à la population le respect de la confidentialité des renseignements personnels, et ce, à chaque étape où ils sont produits. Nous croyons que la société mixte devrait être impliquée dans l'élaboration et la surveillance des règles d'accès aux renseignements personnels afférents à la consommation des médicaments.

En conclusion, M. le Président, en mettant en commun les ressources humaines, informatiques et financières des secteurs privé et public, le Québec pourra

atteindre ses objectifs en matière de santé plus rapidement et à moindre coût. Le RACQ est d'avis qu'un tel partenariat construit à la fois une avenue novatrice et un défi à relever.

Pour y parvenir, il faut cependant que chacun des cinq critères de réussite suivants soient rencontrés: les paramètres du régime: franchise, coassurance — et on se met dans le cadre d'une mise en vigueur le 1er janvier 1997 — devront être connus au plus tard le 30 juin prochain pour modifier nos régimes informatiques; la liste des médicaments couverts, les prix et honoraires devront être établis au plus tard le 30 septembre pour réviser la tarification de milliers de régimes; en fait, c'est 10 000 régimes privés et collectifs qui devront être modifiés. Le fichier central devra être déjà mis en place en même temps que le régime universel; l'État devra s'engager à prêter au fonds commun des régimes individuels les sommes nécessaires pour combler les déficits, s'il y a lieu; l'État devra mettre en place les mesures nécessaires pour bien contrôler l'obligation de participer au régime.

Si tel est le cas, le RACQ croit qu'il sera possible de créer un modèle de collaboration utile et efficace entre les deux secteurs, qui doivent de plus en plus se considérer comme étant non pas en concurrence, mais en complémentarité. Les membres du RACQ sont disposés à déployer tous les efforts nécessaires pour relever ce défi et faire de ce partenariat une réussite. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. J'invite maintenant le ministre de la Santé et des Services sociaux à vous poser la première question.

M. Rochon: Merci M. le Président. Moi, je voudrais d'abord vous remercier, pas seulement pour votre présentation ici ce matin, d'abord pour ça, aussi pour ça, mais je sais très bien tout le travail que vous avez fait, la collaboration que vous avez donnée, d'abord au comité présidé par M. Castonguay, qui avait un mandat, vraiment, d'explorer avec les partenaires éventuels, dont principalement des assureurs, les conditions réelles de faisabilité et de mise en oeuvre d'un régime tel que celui qui est proposé. Je sais qu'on vous a demandé une contribution importante, et vous avez travaillé très fort sur différentes simulations et scénarios au cours des dernières semaines.

Je suis très heureux que tout ça nous mène, si je comprends bien ce que vous nous dites, essentiellement à une conclusion à l'effet que le régime qui est proposé, avec le type de paramètres qui sont proposés, le type de gestion qui est proposé au programme, est quelque chose qui, dans l'ensemble, vous convient. Vous pensez que c'est faisable et qu'il y a moyen d'avoir une collaboration qui pourrait être un peu originale comparativement à ce qui se fait ailleurs; une collaboration entre le secteur public et privé pour mettre en place ce régime et assurer que tous les gens du Québec auront une protection complète.

Comme vous le dites, il y a déjà beaucoup de fait, mais c'est toujours le dernier 15 %, 20 % de la population qui est le plus dur à aller chercher, parce que ça implique plus comme importance et peut-être aussi comme risque.

D'entrée de jeu, je peux vous dire que, sur au moins trois — je n'en fais pas nécessairement une révision exhaustive — mais au moins trois des points précis que vous soulevez ce matin, je pense qu'il y a, là aussi, une convergence complète et qu'on va vraiment dans le même sens.

● (10 h 30) ●

D'abord, vous parlez d'une société mixte où tous les partenaires seraient vraiment impliqués pour superviser l'évolution du régime, pour s'assurer que l'information est partagée et que les responsabilités restent bien équilibrées aussi, et je pense, si on comprend bien — si c'était le contraire, vous nous le direz — que ça correspond à ce que l'équipe de Claude Castonguay avait aussi proposé, ce qu'ils ont appelé un groupe de concertation. C'était le même concept. Les partenaires ne font pas seulement l'entente et chacun repart de son côté, mais ils restent liés ensemble pour la suite des choses. Donc, on est d'accord, là-dessus, pour travailler de cette façon-là.

Vous parlez aussi de la création d'un fonds commun qui permettrait que l'État, comme un gouvernement peut le faire dans ce genre de relations, puisse agir comme agent qui garantit un prêt, au besoin, pour s'assurer que, dans la mise en oeuvre du système et dans l'équilibrage du système, on ait les liquidités qu'il faut, qu'on ne mette pas en péril les régimes qui existent déjà, et, ça aussi, on est d'accord avec ce concept-là, cette idée-là, pour l'explorer et mettre ça en oeuvre.

M. Castonguay me souligne, et c'est important de le dire: Autant l'État s'y engage avec son partenaire privé... Une des caractéristiques importantes que vous mettez tout de suite sur la table, que ça sera vraiment un fonds qui garantit le risque mais qui ne sert pas, c'est qu'il n'y ait pas un autre moyen, que certains pourraient appeler, de détourner pour faire un profit additionnel. C'est vraiment un outil de gestion. Alors, je pense que le concept est vraiment très bon.

Un troisième point que je veux souligner aussi, que vous rappelez ce matin: la question du fichier central. On est aussi très conscients qu'un système comme ça ne peut pas se gérer si chacun a son fichier de son côté et qu'il faut qu'il y ait un lien dans tout ça, et ça peut prendre la nature d'un fichier central. On est aussi très conscients, quand on parle de fichiers et de centraliser des fichiers, surtout avec des informations qui touchent les individus dans notre société, que c'est un sujet très délicat et qu'il y a des protections importantes qu'il faut assurer quant à la confidentialité des données qui sont là-dedans. Maintenant, on sait aussi que tout le réseau de la santé et des services sociaux, dans tous ses établissements et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a déjà développé une pratique d'avoir des fichiers qu'il faut garder confidentiels. Donc, on a toute une connaissance de ça. Il y a même des moyens modernes de communication et

d'accès aux dossiers, comme l'expérience qui a été faite avec la carte à puce, où on a instauré des voies de développement dans ce sens-là en étroite collaboration avec la Commission d'accès à l'information pour s'assurer qu'on protège la confidentialité des gens. Alors, ça aussi, on est à la fois d'accord et on pense que c'est possible d'avoir, avec la mise en œuvre du système, au moins les éléments du dossier qui permettent le contrôle administratif et de rapidement le mettre complètement en place en s'assurant... D'ailleurs, la Commission d'accès à l'information va être ici, va venir en commission, va nous rencontrer, et on va s'assurer, par contre, que ce dossier est développé sur la base de l'expérience qu'on a acquise et en ne prenant aucune chance, pour bien protéger la confidentialité des données, et je pense qu'on peut dire qu'on sait que c'est faisable.

Bon. Alors, voilà pour quelques constats et pour bien, d'entrée de jeu, se rassurer et se confirmer que... Je pense qu'on comprend qu'on est vraiment partenaires et à peu près prêts à partir.

Ce matin, une des choses qui va être intéressante, je pense, à préciser et au sujet de laquelle il y a un bon nombre de questions qui ont été soulevées, entre autres par nos collègues de l'opposition, correctement et justement, c'est qu'il faut connaître maintenant, dans cet arrimage, cette jonction du partenaire privé et public, les appréciations réciproques qu'on fait des coûts et de ce qui va être demandé aux gens qui vont participer à ce régime, autant ceux qui sont déjà assurés, comme impact sur eux, qui sont dans des régimes collectifs, que ceux qui deviennent donc des nouveaux assurés, les 1 100 000 personnes qui ne sont pas assurées présentement et qui vont être amenées, qui vont adhérer à un régime obligatoire.

Il y a donc deux types de primes: il y a la prime collective, avec laquelle vous avez déjà une expérience; il y a la nouvelle prime de régime de police individuelle, qui est l'inconnu, qui est le nouveau monde. Pour le premier, le collectif, que vous connaissez déjà, vous nous dites qu'on peut s'attendre à une augmentation des primes; vous avez dit, je pense, d'au moins 10 %. Des estimations préliminaires dont on m'avait parlé disaient: Au plus 5 %. Des analyses qui ont été faites, et aussi en utilisant vos chiffres, nos chiffres et ce dont vous avez discuté, et je voudrais qu'on s'entende bien clairement là-dessus, parce qu'il faut que ce soit clair pour tout le monde, ça, dans la population, si on peut s'attendre à certains effets à la hausse, vu qu'on élargit le système et qu'il y a d'autres personnes qui vont y arriver, est-ce qu'il n'est pas juste aussi de dire qu'il va y avoir des effets importants à la baisse quant aux coûts? Et, en ce qui regarde les régimes collectifs, je ne veux pas convertir ça en interrogatoire de tribunal, mais est-ce que ce n'est pas vrai que les régimes collectifs que vous avez déjà en place sont, de façon générale, largement plus généreux pour l'ensemble des bénéficiaires qu'ils donnent, y compris pour le médicament, que le régime de base qui est proposé? Si tel était le cas, pourquoi l'effet d'augmentation serait si grand?

Selon les informations que j'ai aussi, on peut s'attendre à ce que non seulement il y ait une poussée d'augmentation de coûts, mais qu'il y ait d'autres forces qui jouent pour diminuer le coût. Par exemple, le fait qu'il y ait une franchise, ce qui, si je comprends bien, n'est pas le cas dans la plupart des régimes collectifs actuels — on n'est pas au même niveau, de sorte qu'on demande aux contribuables, aux citoyens, c'est-à-dire, d'assumer une partie du coût plus directement dès le début, comparativement au système actuel — on me dit que, par différentes évaluations qui ne sont pas nécessairement optimistes, de façon irréaliste, ça pourrait avoir un effet de diminution qui pourrait aller jusqu'à 25 %, selon certaines estimations. En plus de ça, il y a tous les mécanismes de révision de l'utilisation du médicament qui vont devenir possibles et beaucoup plus rigoureux, parce qu'on aura un régime général semblable et des partenaires qui travaillent ensemble, et ça, certaines évaluations qui ont été faites nous disent que ça peut amener une tendance, une pression à la baisse qui peut aller jusqu'à 15 %.

Alors, si le fait que les régimes actuels sont plutôt plus généreux que le régime de base qui est proposé, si effectivement — mais vous avez peut-être d'autres informations plus récentes — la franchise et la révision de l'utilisation des médicaments peuvent amener des forces de diminution de l'ordre de 25 % et de 15 %, est-ce qu'il n'y a pas une compensation importante qui ferait qu'on peut être assez confortable, dans l'ensemble, que les choses vont s'annuler et s'équilibrer? Ça, c'est pour la prime collective.

Pour la prime individuelle, ça serait important, ce matin, que vous nous disiez tous où vous en êtes là-dessus, parce que, ça, c'est l'inconnu, et ça va être très important. La proposition qu'on fait, nous, on pense que c'est faisable et que c'est gérable, avec les paramètres du régime tels que proposés dans le projet de loi. Il faut qu'on le sache, il faut que ça soit bien convenu, parce que, s'il y a des changements à faire, il faut les faire dans le cadre du projet de loi. Si ce n'est pas réaliste d'y aller sur la base sur laquelle on est partis, bien, il va falloir qu'on fasse les ajustements nécessaires aussi. Alors, l'information additionnelle que vous pourriez nous donner en réaction sur la prime collective et comment vous voyez la prime individuelle — on s'entend, c'est la partie des frais administratifs, la prime de base, ça, ça peut aller — mais ce que vous devez rajouter en frais d'administration, c'est important de le connaître pour qu'on sache quelle va être la prime totale. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Genest.

M. Genest (Pierre): Oui. M. le ministre, je vais d'abord parler d'une façon générale sur la prime collective et, si M. le président nous le permet, on vous distribuerait des documents de calculs que l'on a faits...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Accordé.

M. Genest (Pierre): ...pour répondre un peu aux deux questions. Mais j'aimerais d'abord parler du collectif. On parle, dans notre mémoire, d'une augmentation de primes de 10 % des régimes collectifs. Bien sûr, c'est en tenant compte des régimes collectifs qui sont comme gelés dans le béton. C'est pour ça qu'on vous dit: Il faut être prêt au 30 septembre pour rencontrer tous les groupes, parce qu'ils vont certainement réagir. On sait que, au cours des dernières années, il y a eu des augmentations de primes importantes dans les médicaments. Bien, ce n'est pas tout de l'augmentation de consommation. Elle n'a pas tout passé les augmentations de primes, parce qu'il y a toujours moyen d'ajuster nos régimes pour s'assurer que ça n'augmente pas trop rapidement. Mais il faut quand même réaliser que la décision gouvernementale, qui est exprimée dans le projet de loi, de dire que ça serait intéressant dès le début que les enfants n'aient pas de franchise et n'aient pas de coassurance, si on prend un régime collectif tel qu'il est et qu'on applique ça au régime collectif tel qu'il est, bien, ça fait en sorte, parce qu'on a des franchises familiales dans nos régimes puis on a de la coassurance, que ça donne une augmentation de primes de 5 %.

C'est sûr que ça donne aussi une augmentation de couverture de 5 %, parce que, la personne assurée, elle va payer 5 % de plus, mais elle va recevoir des bénéfices pour 5 % de plus, parce que, quand elle va aller à la pharmacie pour acheter un médicament lorsque l'enfant va avoir le rhume — c'est ça qui arrive la plupart du temps — bien, il n'y aura pas de franchise à payer, ça ne sera plus dans la franchise familiale.

• (10 h 40) •

Tout ce que l'on mentionne sur ça, c'est qu'on dit: On est d'accord avec l'objectif à long terme d'avoir une couverture sans franchise et sans coassurance pour les enfants, mais ne serait-il pas possible d'y aller par étapes? Est-ce qu'on ne pourrait pas dire: Bon, bien, ça, c'est un objectif, il sera dans la loi, et on le mettra en vigueur dans un an, dans deux ans ou dans trois ans, pour faire nos modifications de façon que ça affecte moins tout le domaine des employeurs et des employés, des syndicats, que ça les affecte moins? En même temps qu'on va changer tout le reste, avoir ce changement-là qui est un changement très important dans les systèmes des assureurs, mais aussi dans les systèmes des employeurs.

Les autres augmentations, c'est bien sûr que le 5 % qui avait été évalué tout de suite après la sortie du rapport de M. Castonguay, c'est le transfert de la directive du «malades sur pied». C'est comme ça que le 5 % a été calculé. C'est peut-être un petit peu moins que 5 %, mais il avait été calculé par les gens du ministère de la Santé et des Services sociaux, et ils ont calculé que ça donnait, grosso modo, un 5 %. Ça, c'est une véritable augmentation de primes dans les primes collectives, avec pas d'augmentation de couverture, parce que cette

couverture-là, avant, était payée par le public, donc elle était payée par le fonds commun; elle est maintenant payée par les primes.

Et on est d'accord avec vous qu'il y a des régimes qui sont plus généreux que le régime général qui est proposé et qu'il est fort possible que plusieurs de nos groupes décident d'être moins généreux dans leur couverture actuelle et de compenser l'augmentation de primes de 5 % pour les enfants en disant: Bien, on va donner un petit moins de couverture ailleurs, etc. Ça ne veut pas dire que l'ensemble de nos primes de collectif va augmenter de 10 % l'année prochaine — je serais très surpris — parce qu'on est dans un milieu où les gens vont négocier avec nous. On va réarranger les choses. Mais on se dit: S'il y a certains items où on pourrait aller par étapes et modifier par étapes, ce serait peut-être plus prudent. L'exemple, peut-être, qu'on fait le plus ce matin, bien, c'est l'exemple des enfants, mais ça pourrait être aussi l'exemple sur la franchise, mais c'est simplement se demander si, en y allant par étapes, ce ne serait pas plus facile de digérer ça dans le système.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que ça termine vos commentaires?

M. Rochon: Une précision, si je peux, M. le Président, là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autre question, oui.

M. Rochon: Deux éléments. Si je vous suis bien, vous nous dites que vos estimations sont aussi à l'effet que ce que je citais comme effet à la baisse — franchise de l'ordre de 25 % et révision des médicaments qui pourrait aller de l'ordre de 10 % à 15 % aussi — vous êtes d'accord que ça va avoir ces forces-là aussi, mais que les vases communicants, dans le temps, ne seront peut-être pas immédiats et que c'est au départ du régime que vous craignez un effet d'augmentation qui va être compensé après, mais que la compensation ne se fera pas nécessairement immédiatement.

Et, deuxième aspect, est-ce qu'on comprend aussi que vous nous suggérez que les régimes collectifs en place seraient difficiles à changer vite, dans les prochains mois, par rapport aux modifications qui peuvent être faites à l'échéance de renégociation et qu'il y a peut-être une souplesse d'ajustement là qui rendrait plus facile pour vous de gérer l'arrimage du régime complet? Est-ce que c'est le genre de chose que vous avez à l'esprit?

M. Genest (Pierre): Ah! c'est sûr que, si on y va par étapes dans les modifications, ça va être plus facile de faire tout le changement de ces 10 000 groupes qui existent au Québec.

Quand vous dites: L'effet de la franchise donne un 25 %, il faut être très prudent dans ça. Je sais que ça provient de chiffres que le RACQ a déposés, puis c'est un chiffre général, mais ça ne veut pas dire... C'est

parce qu'il y a des groupes qui ont des franchises. Là, quand on parle d'un 25 % de baisse de consommation avec une franchise de 100 \$, ça, c'est une moyenne, et c'est une moyenne qui est appliquée lorsqu'il n'y a pas de franchise du tout. On a plusieurs groupes où on a quand même des franchises familiales, puis là le 25 % ne peut pas s'appliquer. Mais c'est sûr que, dans n'importe quel régime, s'il n'y a pas de franchise puis on en met une, ça a un effet à la baisse.

Peut-être demander à M. Bell de donner un complément de réponse.

M. Bell (Richard): Oui. En complément, j'ajouterais que, lorsqu'on parle d'introduire une franchise, il est certain que, dans la majorité des régimes privés que l'on retrouve au Québec présentement, il n'y a pas de franchise. L'introduction d'une franchise pourrait venir compenser une partie de l'augmentation qui est prévue. Cependant, il faut bien voir que, pour les membres du groupe qui vont décider d'introduire une franchise dans leur régime, ils font le choix entre une augmentation de primes ou une augmentation de la franchise, et, pour eux, c'est un ajout de coûts de toute façon. Je veux dire, ils le perçoivent soit via une franchise, soit via une prime, mais c'est une augmentation de coûts.

En ce qui a trait à l'implantation graduelle, M. Genest fait surtout référence à l'idée d'introduire graduellement certains paramètres du régime et non pas d'introduire le régime graduellement dans différents groupes. Il serait extrêmement difficile, et je pense principalement aux pharmaciens, qui auront les clients devant eux en pharmacie, d'assumer que, pour certains groupes, eux, la loi s'applique déjà à compter du 1er juillet parce que leur convention collective était échue et que, pour d'autres groupes, ça ira dans six mois et que, pour d'autres, ça ira dans un an. Un régime universel, par définition, est universel. Ce qui est préférable, c'est peut-être d'introduire les paramètres graduellement pour tout le monde, mais non pas de les introduire par étapes, groupe par groupe.

M. Rochon: O.K.

M. Bell (Richard): Ça, ce serait très difficile à comprendre pour la population.

M. Rochon: O.K. Merci

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin, porte-parole officiel de l'opposition en matière de santé et de services...

M. Rochon: Je présume qu'on va revenir après...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Rochon: ...peut-être, sur la prime des régimes individuels. Je pense que ce serait important, les

documents que vous nous avez passés, que vous nous expliquiez ça à un moment donné.

Une voix: Oui. On y avait pensé.

M. Rochon: Ha, ha, ha!

M. Marsan: Alors, merci beaucoup.

Une voix: On y avait pensé.

M. Marsan: Merci, M. le Président.

M. Rochon: On s'entend là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça pourrait être la première question du porte-parole de l'opposition. Ha, ha, ha!

Une voix: Oui.

M. Marsan: Merci à vous, d'abord, d'avoir accepté l'invitation de la commission puis aussi de nous donner beaucoup de renseignements. À ce moment-ci, je pense que ça devrait être très utile. Ce matin, à la fin de la séance, nous souhaitons qu'on soit capables de dire aux contribuables combien ça va leur coûter, ce nouveau régime-là. Et je ne sais pas si vous acceptez, on va essayer de faire un certain questionnement; et, si vous voulez ensemble nous éclairer pour qu'on puisse, à la fin, dire exactement combien ça va coûter aux contribuables québécois.

Ma première question va au niveau des primes. Dans le rapport de M. Castonguay, on a fait allusion à une prime qui est de 176 \$. Par la suite, quand le ministre a déposé son projet de loi, il a commencé à nous parler de 200 \$. Maintenant, vous venez de nous déposer des documents extrêmement intéressants, et là on peut parler... En tout cas, selon certaines alternatives... Mais je vois que le montant, sur une prime individuelle, de 205,88 \$ revient assez souvent. Une autre fois, c'est 187 \$. Puis, si on regarde les familles, ce qu'on nous avait dit, de 300 \$ à 400 \$, on parle maintenant d'une prime annuelle de 564 \$, selon certaines options, 506 \$, 526 \$.

Alors, ma question: Je sais qu'il y a certains paramètres, mais, de façon générale, combien va coûter la prime aux contribuables québécois?

M. Genest (Pierre): Là, c'est extrêmement difficile. Je pense que la meilleure façon, si vous permettez, M. le Président, ce serait qu'on passe à travers le document pour que je vous l'explique, parce qu'on...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y donc.

M. Genest (Pierre): ...peut sortir des conclusions.

M. Marsan: J'ai juste peur que ça prenne tout mon temps, M. le Président, par exemple. M. le ministre, j'ai juste peur que ça prenne tout notre temps.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Accord de tout le monde. Allez-y donc, et je ne calculerai le temps sur le temps ni de l'opposition ni du ministre.

M. Marsan: Il est fin.

Une voix: Merci beaucoup.

M. Marsan: M. le ministre...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vais le prendre sur mon temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marsan: M. le ministre...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): En le prenant sur mon temps, c'est sur votre temps. Ha, ha, ha!

M. Copeman: Comme courtier d'assurances?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Comme courtier d'assurances, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: Oui, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Tout le monde a compris que j'ai des intérêts quelque part. Alors, allez-y, on ne compte ni sur le temps de l'opposition ni du gouvernement.

M. Rochon: On va appliquer le principe de la mutualisation là aussi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): Donc, vous avez un premier document, en fait, qui est une reprise par nous, là, mais de chiffres qui ont été préparés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui ont été utilisés par M. Castonguay dans la préparation de son rapport. On les a mis ici pour essayer de bien comprendre les autres documents.

Ça fait que, vous voyez, vous avez la population des personnes de moins de 18 ans dans la première colonne et, dans la deuxième colonne, vous avez la population des gens qui ont de 18 à 64 ans. Ça exclut les personnes âgées. Et vous avez les prestataires de la sécurité du revenu, la population assurée et la population

non assurée. Et puis, pour la population non assurée, il faut faire une hypothèse. Il n'y a personne qui sait quelle est leur consommation, ça fait que l'hypothèse qui avait été utilisée, c'était d'utiliser l'expérience de l'Office de la construction du Québec. À tout ça a été ajouté le 55 000 000 \$ de la circulaire «malades sur pied» qui vient se greffer dans le régime. Donc, vous avez les consommations et le nombre de personnes dans la population. Il y aura 1 700 000 enfants puis 4 800 000 adultes. Et puis, après ça, vous avez le coût total de la consommation pour les enfants, 122 000 000 \$, coût total pour les adultes à 719 000 000 \$, pour un coût total de 842 000 000 \$.

● (10 h 50) ●

Si le coût total de 842 000 000 \$ est divisé simplement par l'ensemble des adultes de la province, si on partait avec l'idée qu'il n'y a aucune prime pour les enfants, que tout est payé juste sur les adultes, bien, on divise le 842 000 000 \$ par 4 800 000, ça nous donne le 176 \$, et c'est le 176 \$ qui apparaissait dans les textes, mais qui a été interprété... Ça, c'est 176 \$ de consommation moyenne de médicaments pour l'ensemble de la population, si on divise juste par les adultes. Mais c'est une consommation, ce n'est pas une prime. C'est une consommation. Et on refait...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Donc, ce n'est pas le coût... Il faudrait ajouter à ça l'administration, etc.? Juste pour être sûrs qu'on comprenne bien...

M. Genest (Pierre): Bien, il faut ajouter... C'est la consommation. C'est ce que ça coûte pour acheter les médicaments. On a réparti, après ça, dans notre tableau le coût pour les adultes. Si on prend la consommation des adultes divisée par le nombre d'adultes, ça nous donne 150 \$. C'est la consommation moyenne pour les adultes. Et la consommation moyenne pour un enfant, si on prend la consommation totale des enfants par le nombre d'enfants, ça donne 173 \$. Ça fait qu'on dit: Si c'est adulte-adulte, 150 \$; enfant-enfant, 173 \$; si on mêle tout ça ensemble, payé par les adultes, 176 \$.

Et, dans le deuxième document, l'information qu'on veut vous donner, c'est de l'information sur ce que ça coûte dans les régimes collectifs maintenant, comme ils sont, les régimes collectifs, et comme ils seraient si on les ramenait sur la base du régime universel. On a pris sept groupes. On a deux grands groupes. Donc, dans les grands groupes, c'est plus de 25 000 adhérents. Mais on en a pris un très grand et un autre un petit peu moins grand. Les groupes moyens, c'est plus de 500 adhérents, et les petits groupes, c'est moins de 25 adhérents. Et puis il y en a un, dans les petits groupes, qui est très, très près de vous autres, c'est le groupe qui vous assure, qui assure l'Assemblée nationale. On ne vous dira pas lequel, mais vous allez pouvoir le reconnaître...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): ...si vous regardez...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pensez-vous que c'est un bon critère?

M. Genest (Pierre): C'est juste des primes, donc c'est public. Vous êtes de très bons risques, hein, et on est très heureux de vous servir. Là, je ne parle plus au nom du RACQ, je m'excuse.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Message publicitaire.

M. Genest (Pierre): Ha, ha, ha! Message publicitaire. Donc, si on regarde combien ça coûte à l'heure actuelle pour quelqu'un qui est sur le collectif, vous voyez les primes pour une... Prenons une famille, c'est peut-être la prime familiale qui va être la plus intéressante ou la plus discutée. Bien, pour une famille, ça coûte quelque chose qui part de 880 \$ par année, pour un groupe moyen qui a une couverture très généreuse, aucune franchise puis 100 % de coassurance, et puis ça va jusqu'à un minimum de 495 \$. Mais c'est pour un groupe moyen qui n'a quand même pas de franchise, mais une coassurance à 80 %, donc un groupe, probablement, qui a une excellente expérience, beaucoup de jeunes, etc.

On a repris ce groupe-là puis on l'a transformé en disant: Au lieu de prendre la couverture qu'ils prennent à l'heure actuelle, s'ils prenaient la nouvelle couverture du régime général — et on est rendu en 1997, parce que, dans les autres primes, on parle toujours de la prime du régime en 1997 — ça fait que vous voyez que la prime familiale serait... Puis là ça donne raison à M. le ministre qui disait: Il y a des plus puis il y a des moins, parce qu'on voit que ça baisse la prime. Si on rentre tous les critères du régime général, ça baisse la prime. On a des plus, mais on a des moins également. Et on voit que les primes, c'est aux alentours de 400 \$, 500 \$, 600 \$. C'est la prime que ça coûte dans ces régimes collectifs là. On les a choisis, on les a vraiment choisis, c'est vraiment une bonne image de ce que ça peut coûter à nos assurés collectifs.

Dans la page suivante, on a fait un calcul, et puis là il faut toujours penser qu'on est dans un calcul théorique. On n'est pas en compétition, on est dans un calcul théorique. On a pris des données d'expériences de dépenses de plusieurs membres du RACQ puis on a dit: Théoriquement, si on prend notre actuaire puis on ne s'occupe pas de notre gérant des ventes, si on prend juste notre actuaire puis on dit: Comment est-ce que tu tarifies ça, disant... Dans nos entreprises, ça, c'est sûr qu'on a toujours...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ce que je disais à M. Castonguay: Seulement des calculs d'actuaire. Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): On a l'actuaire, après ça, on a le représentant des ventes, puis on a surtout le courtier, après ça, qui vient au troisième niveau. Ça fait que, normalement, la prime, elle ne sera pas ça, parce qu'il reste l'influence du gérant des ventes et l'influence importante de l'agent d'assurances.

M. Rochon: Est-ce qu'il est à la hausse ou à la baisse, d'habitude?

M. Genest (Pierre): Normalement, c'est à la baisse.

M. Rochon: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si vous ajoutez l'influence politique, est-ce que ça peut être encore plus à la baisse?

M. Genest (Pierre): Non.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): Sur la consommation estimée, la première colonne, ça, c'est la section où on a pris les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce n'est pas nos chiffres, et c'est les chiffres sur lesquels on dit, d'ailleurs, qu'on est prêts à faire une mise en commun. Pour nous autres, il n'y a ni perte ni profit potentiel dans ces chiffres-là. Ça va être une mise en commun. Puis, s'il y a trop d'argent, bien, ça baisse les primes futures des assurés. Puis, s'il manque d'argent, il y a un prêt temporaire du gouvernement, puis on augmente les primes pour rembourser ce prêt-là. Parce qu'il y a tellement d'inconnues que ça pourrait être fixé à autre chose. On peut faire bien des études, mais on pense que le travail qui a été fait par le ministère, on l'a vérifié à plusieurs autres hypothèses dans nos entreprises, puis on dit: Grosso modo, c'est probablement le meilleur estimé qu'on peut faire de la consommation. Donc, si on a une personne individuelle, bien, c'est 150 \$...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'on peut mentionner que, les actuaires qui ont travaillé là-dessus, on les retrouve en arrière, très attentifs à ce qui se dit?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): Donc, la consommation estimée pour un individu, c'est 150 \$, mais, pour une famille, lorsqu'on suppose 1,5 enfant par famille — c'est l'expérience qu'on a dans nos groupes assurés, 1,5 enfant par famille, on ne retrouve jamais les demis, mais ils sont là — donc c'est 409,50 \$.

À ça, on a deux genres de frais d'administration pour la gestion du régime. On a appelé ça des frais d'administration de base. C'est sûr que, lorsqu'on paie

une réclamation, il faut avoir un système pour enregistrer la personne comme quoi elle est assurée. Il faut l'avoir dans nos données, il faut la connaître, il faut avoir une interconnexion avec le pharmacien, ou encore, si on reçoit une réclamation papier, il faut administrer la réclamation papier. Là, les frais d'administration de base, c'est, grosso modo, nos frais dans les régimes collectifs, nos frais d'administration dans les régimes collectifs. Ce sont les frais moyens. C'est sûr que, d'un assureur à l'autre, ça pourrait varier, mais ce sont, grosso modo, ce qu'on estime être des frais normaux moyens dans les régimes collectifs.

Les frais de gestion individuelle, là ce sont les frais pour la distribution du produit, parce qu'on se ramasse non plus dans un groupe comme le groupe des employés d'un hôpital ou quelque chose comme ça, on se retrouve dans l'individuel, ça fait qu'il faut penser à avoir des agents d'assurance-vie qui vont aller vendre, puis c'est peut-être nous les mieux situés pour aller vraiment convaincre les gens de l'acheter, parce qu'on est présents. On est présents par, je veux dire, nos caisses populaires, par nos agents d'assurances, donc on est présents partout dans la population, ça fait qu'on va être capables d'aller le vendre. Mais ça nous coûte quelque chose pour aller le vendre, et nos frais de gestion individuelle, c'est ça. C'est le fait de vendre les polices, le fait d'émettre une police et le fait de collecter la prime d'une façon individuelle, puis vous savez, normalement, qu'on va faire ça par retenue bancaire, puis il y a 6 %, 7 %, à tous les mois, des gens qui n'ont pas d'argent dans leur compte de banque. Il faut leur écrire puis aller chercher la prime, etc. Donc, ce sont les frais de gestion individuelle qui nous amènent à une prime totale qui devrait être payée par l'assuré.

La prime totale, on ne vous donne pas une garantie sur la prime totale. La prime totale, elle pourrait peut-être être, chez un assureur, 195 \$ puis, chez un autre assureur, pour l'individuel, 210 \$, mais on vous donne un ordre de grandeur. On est à peu près sûrs qu'elle ne sera... Elle ne peut pas être à 150 \$, parce que 150 \$, c'est une consommation pure. Ça fait qu'elle sera entre 150 \$ et 200 \$, dépendant de ce que chaque assureur va vouloir... le niveau de compétition qu'il va vouloir mettre dans son produit et puis les frais qu'il est capable de supporter. Mais, effectivement, et c'est la même chose pour une famille, la consommation estimée, c'est 409 \$. Ça coûte 409 \$ de consommation, mais il y a des frais qui vont se rajouter, puis entre 409 \$ et 550 \$, 560 \$ sera la prime qui va être dans le marché. Mais c'est sûr que ça ne sera pas très près de 409 \$; ça devrait être aux alentours du niveau de la prime annuelle.

Ce que l'on a fait dans les autres documents... Ça va être très rapide, M. le Président, pour les autres documents, c'est juste une modification. Ça fait que, si on travaille avec la prime... Je vais juste travailler avec la prime familiale puis la prime individuelle. Dans l'autre document, ce qu'on dit, c'est: Si on n'appliquait pas, la première année, le fait de ne pas avoir de franchise et

de coassurance pour les enfants, quel effet ça aurait? C'est sûr que, sur la prime individuelle, ça n'a pas d'effet, parce que, là, il n'y a pas d'enfant. Elle reste à 205 \$. Mais, sur une prime familiale, elle passe de 564 \$ à 478 \$. Donc, le fait de reporter cette décision-là de quelques années pourrait avoir un effet d'une prime moindre au début du régime.

• (11 heures) •

Dans le tableau suivant, on est habitués, nous autres, à travailler beaucoup, et la population est habituée à travailler beaucoup avec une franchise non pas individuelle mais familiale. Donc on a dit: Si on pouvait penser ou concevoir qu'on a une franchise de 100 \$ pour un individu, une franchise de 200 \$ pour les couples sans enfant — ce qui reste au régime proposé — mais, pour une monoparentale, on pourrait avoir une franchise de 150 \$, mais pas nécessairement 100 \$ qui s'appliquent au père ou à la mère et 50 \$ à l'enfant, mais 150 \$ qui s'appliquent à l'ensemble de la famille, comme on fait dans nos régimes actuellement, et, dans le familial, on aurait 250 \$. Ça fait quand même une petite augmentation de franchise, mais elle ne s'applique pas nécessairement à l'enfant, elle peut s'appliquer également aux adultes. Et on voit que, ça, ça a un effet de baisser la première prime, qu'on calculait de 564 \$, à 506 \$.

Dans l'autre document qu'on vous a remis, là on a dit: On laisse les enfants sans franchise, sans coassurance, mais on applique une franchise de 150 \$ aux adultes plutôt que 100 \$. Ça fait que, là, vous voyez, ça a un effet sur la prime, de l'individuel surtout, qui passe de 205 \$ à 187 \$, et ça a un effet aussi sur la prime familiale, qui passe de 564 \$ à 526 \$.

Maintenant, vous pouvez nous demander toutes les combinaisons possibles et impossibles, mais on se perd dans les chiffres quand on en fait trop. Le système est rendu assez flexible, je pense qu'on l'a fait assez de fois, M. Bell, qu'on est capable de... Si vous aviez d'autres combinaisons, dans le temps, dans les prochaines semaines, que vous aimeriez avoir, on pourrait vous les préparer.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Avec l'accord de l'opposition, M. Castonguay aurait un court commentaire à faire avant qu'on continue.

M. Rochon: Me permettez-vous une précision sur votre deuxième tableau, juste avant ça, pour être bien sûrs qu'on vous suit bien? Le tableau qui donne les coûts annuels des médicaments pour divers groupes, avec le coût annuel 1997 correspondant au régime actuel, ce que vous avez calculé, est-ce que c'est correct de comprendre que les chiffres qui sont là comprennent les coûts d'administration et sont indexés en dollars de 1997?

M. Genest (Pierre): Oui.

M. Rochon: C'est le coût de 1997, incluant les coûts d'administration?

M. Genest (Pierre): Les primes qui se comparent là, ce sont les primes collectives, ce sont les groupes collectifs, ça fait que la prime, quand vous regardez G 1, de 474 \$, si on veut la comparer à la prime sur la page suivante, vous prenez la consommation, de 409 \$, et les frais d'administration de base, de 70 \$, pour 470 \$.

M. Rochon: C'est ça. Mais... O.K.

M. Genest (Pierre): Donc, ce sont les primes de collectifs.

M. Rochon: Qui incluent les frais d'administration.

M. Genest (Pierre): Qui incluent les frais d'administration de base, mais qui n'incluent pas les frais d'administration de gestion individuelle.

M. Rochon: Merci.

M. Castonguay (Claude): Et qui ont été indexés, à part de ça, pour une année?

M. Rochon: Puis ils sont indexés?

M. Genest (Pierre): Oui, ils sont indexés en 1997. Ce sont des...

M. Rochon: Donc, c'est le coût réel.

M. Genest (Pierre): ...primes de 1997, pour les comparer aux autres qui sont en 1997 aussi.

M. Rochon: C'est beau.

M. Castonguay (Claude): Le seul point que je voudrais faire, M. le Président, c'est le suivant. Je trouve le document déposé, d'abord, très intéressant. Il y a des suggestions, il y a des propositions qui sont faites quant aux modalités qui, il me semble, doivent être également analysées et discutées. Mon seul point, c'est que, sur les frais d'administration de base et les frais de gestion individuelle, je pense que, sans remettre en cause ou sans douter de ce qui a été fait, de la bonne foi de ceux qui ont préparé ces chiffres-là, il reste qu'on est dans quelque chose d'un peu nouveau, et vous me permettez d'exprimer des doutes quant à l'ampleur de ces chiffres-là.

Si je comprends bien, des discussions qu'on a eues et de ce que j'ai entendu, c'est que, entre autres choses, vous avez regardé un peu les coûts de l'assurance automobile individuelle pour mesurer un peu ces frais d'administration. Je pense, moi, qu'il y a des différences assez importantes entre les frais d'administration de l'assurance automobile et de l'assurance-médicaments. J'ai été, d'ailleurs, dans le passé, en mesure de mesurer ces différences-là lorsque j'appartenais au Groupe

La Laurentienne et où nous avons des opérations d'assurance-maladie et des opérations d'assurance automobile. Dans l'assurance automobile, évidemment, il y a toute la question d'évaluation des dommages, il y a souvent des contestations, il y a de faire affaire avec des garagistes, ce qui est un peu différent que de rembourser des pharmaciens ou des individus pour des montants fixes qui sont déjà établis par une liste de médicaments. De toute façon, c'est un aspect, et j'imagine que vous n'avez pas pris uniquement ce genre de données là pour faire vos hypothèses.

Je rappelle aussi que, si vous vous basez sur l'expérience que vous pouvez avoir en assurance-maladie individuelle — et il y a certaines compagnies qui en font — nous parlons ici d'une situation un petit peu différente, si vous me permettez. D'abord, le groupe dont on parle, les personnes qui ne sont pas assurées dans des contrats collectifs, ça va être un groupe en quelque sorte captif: il faut qu'ils s'assurent, ils n'ont pas le choix de ne pas s'assurer.

La deuxième des choses, c'est que toutes ces personnes-là vont être assurées selon un régime dont les modalités vont être les mêmes, toujours. Vous n'avez pas à faire affaire avec des régimes dont les modalités diffèrent, ce qui doit sûrement ajouter un peu aux frais d'administration.

Enfin, les chiffres que vous nous donnez ici sont des chiffres où on fait affaire — vous faites affaire — par l'entremise de représentants et où il y a des frais de distribution qui peuvent être différents dans certains cas. J'ai vécu, moi, l'arrivée dans l'assurance automobile de la distribution directe, sans l'intermédiaire de courtiers, de représentants, et je me souviens très bien comment ceux qui se sont lancés dans ce genre de distribution là, directe, ont pu aller chercher rapidement une part de marché significative par le fait que leurs primes étaient passablement inférieures aux primes de ceux qui passaient par des représentants. Alors, ici, ce sont des primes dans un système de distribution par voie de représentants, mais il y a aussi l'option de distribution directe où les coûts pourraient être inférieurs.

Alors, tout ça pour dire que ces chiffres-là, au plan des frais d'administration — sans, encore une fois, donner l'impression que je mets en doute la façon dont ils ont été constitués — laissent de la place pour une discussion et pour des ajustements possibles.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. Castonguay. Immédiatement, M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui. M. le Président, vous allez comprendre que nous allons sûrement demander une prolongation de la séance pour qu'on puisse faire notre interrogation de bonne façon. Alors, j'apprécierais qu'on puisse avoir cette autorisation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'ai fait les calculs, et on pourrait aller à... On a commencé

à 10 h 10, normalement, on terminerait à 11 h 10. Quinze minutes de plus, ça convient à tout le monde j'imagine?

M. Marsan: On va souhaiter que... On l'apprécierait.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Et c'est vous qui avez la grosse partie. On fera la conclusion. Ça veut dire des réponses rapides, courtes, évincement.

M. Marsan: Nous, on demande au Regroupement des assureurs de venir nous voir pour nous dire, en gros, combien ça va coûter aux contribuables. Ils ont les premiers estimés, je vais y revenir.

M. Castonguay nous fait une remarque dans le sens que peut-être que c'est gonflé ou que c'est trop dispendieux. Nous avons l'impression d'aller de surprise en surprise et nous sommes très inquiets, M. le Président, par rapport au projet de loi sur lequel nous aurons à voter. Je pense que c'est une illustration extrêmement importante et intéressante. Il faut que les règlements soient déposés en même temps que le projet de loi pour qu'on sache exactement ce que ça va coûter aux contribuables québécois. Alors, j'apprécierais, M. le Président que vous preniez bonne note, ainsi que les gens de l'audience, les députés.

Actuellement, on ne semble pas être d'accord: les assureurs nous disent une chose, le professionnel expert, qui est sûrement reconnu, nous dit que ça peut être différent. Il faut absolument qu'on sache, au moment où nous allons voter, combien ça va coûter aux contribuables québécois, et vous comprendrez qu'on n'accepterait pas, à ce moment-ci, de se faire imposer, quelque forme que ce soit, une guillotine ou un bâillon, parce que, là, ce serait vraiment cacher à la population, et j'espère que ça n'arrivera pas...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Quels termes.

M. Marsan: ...les coûts réels de ce programme-là.

Ceci étant dit, M. le Président, je veux revenir aux primes. En regardant les montants, nous concluons — et je ne veux pas être au sou près — que, pour une prime individuelle, c'est quelque chose qui devrait dépasser 200 \$ et, pour une prime familiale, c'est quelque chose qui va dépasser 500 \$ ou 550 \$, de façon générale. En tout cas, c'est l'impression que j'en ai à la lecture de ça. On sait qu'il y a une franchise de 100 \$, dans le projet de loi, qui est reconnue. Alors, le premier 100 \$ de médicaments, de consommation, va être à la charge du contribuable.

● (11 h 10) ●

Et maintenant on arrive à la coassurance. Dans le rapport Castonguay, nous avions l'hypothèse d'un 20 % de coassurance, jusqu'à un maximum de 1 000 \$;

maintenant, nous avons un 25 %, jusqu'à un maximum de 750 \$. Je m'étais amusé à faire des petits calculs. J'avais l'impression que ce qui est prévu dans le projet de loi, le 25 % jusqu'au maximum de 750 \$, est plus coûteux que le 20 % avec un maximum de 1 000 \$. Je ne sais pas si vous avez fait les calculs ou si vous pouvez nous répondre par un oui ou un non, mais c'est...

M. Bell (Richard): Généralement, dans un régime d'assurance collective, je n'ai pas les chiffres précis, mais l'élément qui affecte le plus le niveau de la prime, en premier lieu, c'est la franchise. Dès qu'on touche à la franchise, ça a un impact plus grand que de toucher à la coassurance. Et le dernier élément qui a un impact, c'est le niveau du plafond. Je pense que de diminuer la franchise — mais je n'ai pas le chiffre exact — de diminuer la coassurance de 80 % à 75 % a un impact plus grand que de diminuer le plafond de 1 000 \$ à 750 \$, parce que les gens qui consomment beaucoup sont quand même moins nombreux, alors que la coassurance s'applique à tous les médicaments. Alors, l'effet de la franchise est toujours le plus élevé. Si on veut toucher à la prime, on touche d'abord à la franchise, si on veut avoir un impact plus grand, ensuite à la coassurance, et, finalement, le plafond a un impact plus petit.

M. Marsan: Merci. On arrive maintenant aux frais administratifs. Et là, nous, nous avons quelque chose de nouveau. C'est important de vous avoir avec nous. On a toujours parlé de frais d'administration de base, et, maintenant, on ajoute aussi des frais de gestion individuelle. Dans le cas d'une famille, une consommation estimée à 409,50 \$, eh bien, il y a des frais d'administration de base et de gestion individuelle qui totalisent 154,62 \$, pour une prime totale annuelle de 564 \$. Alors, si je comprends bien, et corrigez-moi, une famille qui va consommer 409 \$ de médicaments aura à payer 564,12 \$.

M. Genest (Pierre): Si les frais d'administration de base et les frais de gestion individuelle théoriques que l'on a là deviennent les pratiques — on vous a dit que, dans la pratique, il y a la compétition qui va fonctionner — mais, effectivement, si ces frais-là s'appliquent, la réponse est oui.

M. Marsan: Ça veut dire que ça va coûter plus cher que la consommation moyenne, toutes proportions gardées.

M. Genest (Pierre): Ça, on ne peut pas s'attendre à ce que le régime coûte juste la consommation moyenne. La consommation moyenne, c'est tant par personne. C'est au moins ça, plus les frais.

M. Marsan: D'accord.

M. Genest (Pierre): Il y a certainement des frais de base qui s'appliquent tout le temps et, après ça, il y a des frais de gestion individuelle, d'administration.

M. Marsan: Je vous remercie, M. Genest. Maintenant, étant donné qu'on a des frais d'administration de base, des frais de gestion individuelle, à tout ça, est-ce qu'on ajoute une taxe? Actuellement, je crois que les régimes collectifs sont taxés au niveau provincial. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Genest (Pierre): On parle de couverture individuelle ici, et, à notre connaissance, il n'y a pas de taxe.

M. Marsan: À votre connaissance à vous...

M. Genest (Pierre): La seule taxe qu'il y a dans ça, c'est que l'assureur paie une taxe de 2,35 % sur la prime. Mais, ça, ce n'est pas le consommateur, c'est l'assureur qui le paie, mais c'est inclus dans la prime.

M. Marsan: J'ai vu tantôt...

M. Genest (Pierre): Ce n'est pas ça plus le 2,3 %.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'on s'entend que ça voudra dire que le ministère du Revenu reconnaîtra que c'est sur une base individuelle?

M. Genest (Pierre): Bien, on parle de police individuelle et mise individuellement...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, mais il faut être sûr. Je pense qu'il n'y a pas de problème à ce niveau là. Mais, en fonction de la question... Parce que, quand on parle de collectif, normalement, il y a une taxe. Là, on parle de régime universel mais regardé sur une base individuelle, donc non taxable. C'est juste pour...

M. Genest (Pierre): C'est notre compréhension.

M. Copeman: Espérons que c'est celle de Roger Bertrand.

M. Genest (Pierre): Espérons.

M. Marsan: L'autre point. Vous parlez de pénalité. Alors, on a la prime, la franchise, la coassurance, les frais d'administration, les frais de gestion, la taxe pour les régimes collectifs, et les pénalités, vous dites à la page 33, je ne l'ai peut-être pas devant moi, mais vous parlez d'une pénalité dissuasive. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Genest (Pierre): Ce qui est très important, là, il va y avoir la création d'un fonds commun de consommation de médicaments pour le 1 000 000 de personnes dans l'individuel. Il faut comprendre que les gens qui consomment beaucoup vont être très intéressés à acheter immédiatement leur police et à participer parce

qu'ils vont payer moins cher — normalement, c'est les personnes plus âgées — que leur consommation.

Par contre, à l'autre extrême, parce qu'on a une prime qui ne varie pas selon l'âge, on a des gens qui sont jeunes, qui ne consomment pas ou peu de médicaments, et eux autres vont être intéressés à essayer de passer à côté du système. On recommande des façons de faire pour s'assurer qu'ils ne passent pas à côté du système. Mais s'il y en a un qui réussit à passer à côté du système, du 1er janvier au 31 décembre, puis il se fait prendre juste quand il est rendu au 31 décembre, bien, on dit que la pénalité, ça devrait être au moins la prime qu'il aurait dû payer durant toute l'année. Normalement, il était obligé de s'assurer, ça lui coûtait 200 \$. Mais, s'il arrive au 31 décembre puis il ne s'est pas assuré, puis il fait son rapport d'impôts puis il n'est toujours pas assuré, bien, il faudrait au moins qu'il paie le 200 \$, sinon il va manquer d'argent dans la mise en commun.

M. Marsan: Juste si on prend un exemple, pour être certain qu'on s'entend bien, la prime individuelle de 200 \$ qui n'est pas payée, dans l'année suivante, le contribuable a besoin de certains médicaments, il se présente — je pense que le pharmacien devrait lui donner, on pourra vérifier ça — mais, à ce moment-là, sur son rapport d'impôts, il faudrait... Ce que je veux vous demander, c'est s'il va payer deux fois sa prime ou si vous voulez seulement qu'il paie les arrérages.

M. Genest (Pierre): Bien, nous autres, ce qu'on dit, c'est qu'il devrait payer les arrérages et, au-dessus de ça, quand on dit dissuasif, bien, ça devrait être un petit peu plus que les arrérages, pas deux fois la prime, mais, s'il la paie un an plus tard, il devrait au moins y avoir un calcul d'intérêts ou quelque chose comme ça.

M. Marsan: O.K. Qu'est-ce qui arrive dans le cas où... Vous savez que les seuils ou les plafonds des revenus des gens, je pense, pour une personne seule, ça peut être de 14 800 \$. Quelqu'un qui gagne 15 000 \$, si, en plus, il faut qu'il paie sur ses impôts, est-ce qu'il n'y a pas un danger, pour une bonne partie de la population, que ces gens-là, à cause du coût assez élevé, qu'ils ne consomment pas leurs médicaments? D'après vous.

M. Genest (Pierre): Ces personnes-là, à l'heure actuelle, si on considère qu'elles ne sont pas assurées — c'est le 1 000 000 de personnes qui ne sont pas assurées — on revient à un problème actuel: cette personne-là, elle n'est pas assurée, elle a besoin de consommer un médicament, ça peut arriver, dans certains cas, qu'elle ne le consomme pas parce qu'elle n'a pas le moyen de se le payer. Cette personne-là, on lui offre un système où on dit: Ça va vous coûter 200 \$ par année, puis on va vous les payer, les médicaments. Si c'est plus que 200 \$, la consommation, vous pouvez être sûr qu'elle va dire: Oui, j'embarque et je suis d'accord. Tout le système est en fonction d'aider les gens qui n'en

ont pas, de couverture. Mais, par contre, il y a une prime à payer. Mais la prime à payer n'est pas en fonction du besoin de consommation de la personne; donc, on avantage les consommateurs.

M. Marsan: D'accord. Je poursuis en vous demandant... Je pense qu'il y a un complément d'informations peut-être.

M. Bell (Richard): Oui, moi, j'aimerais préciser. On parle des personnes à plus faibles revenus, pour qui la prime peut apparaître élevée. Il y a, dans le projet de loi, l'idée de compenser une partie de la prime, de subventionner une partie de la prime pour les gens à faibles revenus. J'aimerais attirer votre attention sur le fait que, dans les 4 500 000 personnes qui sont couvertes présentement par un régime d'assurance collective, ce ne sont pas tous des travailleurs à revenus élevés. On retrouve, parmi les 4 500 000 personnes, des employés d'entretien dans le milieu scolaire, dans le milieu hospitalier, qui gagnent des niveaux de revenus qui sont, dans certains cas, de 20 000 \$ ou inférieurs à 20 000 \$. Ces gens-là paient une prime d'assurance collective, pas uniquement pour l'assurance-médicaments, ils paient une prime d'assurance-maladie, assurance-vie, assurance-salaire qui est obligatoire, contribuent à un régime de retraite qui est obligatoire et, à l'occasion, paient une cotisation syndicale qui est obligatoire. Donc, lorsqu'on vous parle d'un régime universel, on veut étendre à la population qui présentement n'a pas d'assurances une obligation de s'assurer, comme elle existe parmi les 4 500 000 de personnes qui travaillent présentement, dont plusieurs sont à faibles revenus.

M. Marsan: Je pense que c'est clair que, dans le projet de loi, c'est obligatoire, le projet, et que ça impose une obligation à l'ensemble des Québécois d'être assurés.

L'autre question: Actuellement, vous, de par vos listes de médicaments, vous pouvez assurer certains médicaments. Je ne crois pas que vos listes correspondent — vous pouvez me corriger — en tous points à la liste qui est prévue au formulaire ou la liste qui est parrainée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à ce moment-ci. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Genest (Pierre): Effectivement, quand on dit «nos listes», il faut faire bien attention, parce que même chaque assureur a plusieurs listes. On a les médicaments restreints, les médicaments... Dépendant du groupe, ce qu'ils veulent acheter, et dépendant du prix qu'ils sont prêts à payer. C'est bien sûr que, normalement, on couvre, en général, tous les médicaments qui demandent une prescription. Mais, par contre, dans certains groupes, on va dire: Même s'il y a une prescription mais que c'est un médicament qui peut être acheté en vente libre, on ne le couvre pas. Ce qui peut être différent de la liste de la RAMQ. Par contre, le nouveau médicament très

cher qui apparaît, bien, dans la plupart de nos régimes il rentre directement parce qu'on couvre tout automatiquement. Alors, c'est sûr qu'il y a une différence.

• (11 h 20) •

On sait que, en général — encore là, c'est des comparaisons générales — si on applique la liste de la RAMQ à nos régimes, bien, ce serait une baisse de coûts de 6 %. Mais ça ne veut pas dire que nos groupes, même si le régime de base prévoit que c'est la liste de la RAMQ ou la liste du régime général qui existera, probablement que plusieurs de nos groupes vont dire: On veut quand même avoir les médicaments, les autres médicaments à l'extérieur. Parce que, souvent, il y a des médicaments qui sont peut-être moins bons pour la santé mais qui sont extrêmement efficaces pour retourner quelqu'un au travail rapidement. Bien, un employeur, il veut qu'on couvre ces médicaments-là, parce que l'invalidité court terme, c'est très cher. Donner le médicament de confort qui fait que la personne est assez confortable pour aller travailler. Ce n'est peut-être pas nécessaire de donner ce médicament-là à une personne qui ne travaille pas, mais une personne qui veut travailler, bien, ça vaut la peine de le mettre sur la liste. Mais, ça, ça va se rajouter en plus. On va avoir le droit de rajouter par-dessus la liste de la Régie.

M. Marsan: Le point que je veux faire avec vous, c'est qu'actuellement la liste qui nous vient de la Régie est beaucoup plus restrictive que les listes des compagnies d'assurances, surtout celles qui ont des régimes privés. À partir de cela, nous pensons que le nouveau régime qui sera instauré aurait une liste de médicaments beaucoup plus restrictive et que des médicaments qui sont actuellement assurés par vos compagnies ne le seront pas parce qu'ils ne seront pas sur la liste de la Régie de l'assurance-maladie.

M. Bell (Richard): Je vais répondre à cette question. Les groupes, présentement, choisissent des listes de médicaments qui sont plus extensives que la liste de la RAMQ. On n'a pas l'impression que, dans les régimes collectifs, les syndicats, les employeurs vont vouloir réduire leur couverture actuelle pour l'amener au niveau de la RAMQ. Certains vont peut-être y penser pour atténuer les coûts, mais ça ne sera pas un automatisme pour les raisons que M. Genest a expliquées.

J'apporterais la précision suivante: bien qu'une liste de médicaments comme celle de la RAMQ puisse couvrir, je n'ai pas le chiffre exact, mais supposons qu'elle couvre 4 000 médicaments, et que les listes des assureurs puissent en couvrir 8 000... Vous savez, entre vous et moi, que 200 médicaments les plus utilisés vont représenter à peu près 80, 85 % de la consommation qui est remboursée tant par les assureurs que par la RAMQ. Je peux comprendre qu'une liste puisse avoir 2 000, 3 000 médicaments de plus, dont certains sont des équivalents, des génériques, etc., mais, dans la majorité, dans 80 % des cas, les médicaments qui sont remboursés apparaissent dans les deux listes, et ce sont les mêmes médicaments.

Les gens consomment des médicaments comme des antibiotiques ou pour des maladies cardiovasculaires, et ça représente la majorité de la consommation. Il n'y a pas tant d'écart que ça.

M. Marsan: Nous, notre crainte, c'est soit dans le 20 % des cas ou pour les nouveaux médicaments. Vous savez que la recherche est très intensive de ce côté-là. Eh bien, c'est que la liste formulaire de la Régie sera beaucoup trop restrictive et qu'à cause des coûts élevés de certains médicaments on refuse que ce médicament-là soit donné aux patients qui en auraient besoin. Vous n'avez pas cette crainte-là, vous aussi?

M. Genest (Pierre): Non, mais, même si ça arrivait, ça ne change rien dans le secteur des groupes collectifs. Nous, on va couvrir la base, plus. Et ce qui ne sera pas dans la base va être dans le plus. C'est ce qu'on fait à l'heure actuelle, on couvre la base, plus. Je pense que pour tout le collectif, là, c'est sûr que la liste va avoir un effet sur: ça coûte quoi pour le régime général, mais ça ne sera pas, très fréquemment, la liste qui va s'appliquer dans le collectif.

M. Marsan: Je pense que votre réponse est correcte pour les régimes collectifs, mais, pour le régime individuel, c'est là qu'il y a un réel danger.

M. Genest (Pierre): Mais, pour le régime individuel, c'est sûr que, là, ça va fonctionner avec la liste...

M. Marsan: La liste de la Régie.

M. Genest (Pierre): Oui... puis il y a le Conseil de pharmacologie qui doit l'établir. C'est pour ça qu'on dit qu'on devrait être présents, parce que, nous, on va probablement pousser sur le fait que certains médicaments devraient être inclus; ils coûtent peut-être cher, mais ils sont importants. C'est pour ça qu'on dit qu'on voudrait être représentés à ce niveau-là.

M. Marsan: D'accord. Alors, peut-être une dernière question avant de laisser le temps à mes collègues, M. le Président. C'est les échéances dont vous nous avez parlé. Vous avez dit qu'il fallait absolument connaître les paramètres le 30 juin, les honoraires à payer, je pense, le 1er septembre, que le fichier central puisse être en place avant le 1er janvier prochain, ce qui suppose que la loi pourrait être adoptée avant le 30 juin, pour aller dans l'échéance que vous suggérez.

Nous, nous avons écouté différents groupes, particulièrement des groupes de patients qui sont venus ici nous parler de difficultés d'avoir les médicaments pour des maladies graves, et le ministre s'est engagé à prendre le temps qu'il fallait pour écouter les gens et aussi pour qu'on puisse étudier le projet de loi article par article. Qu'est-ce qui arrive si on n'est pas capable

de rentrer dans l'échéance que vous nous demandez? Supposons que le projet serait approuvé seulement au début de l'automne prochain, en octobre, par exemple.

M. Genest (Pierre): En fait, ce qu'on vous a dit, c'est des temps minimums nécessaires pour ajuster nos systèmes, pour organiser nos groupes. Je veux dire, si ça se fait plus tard, la mise en vigueur... Si le projet de loi, puis que tout est connu juste à la fin de 1997, bien, on est six mois plus tard.

M. Marsan: Alors, M. le Président, j'aurais encore beaucoup de questions, mais je sais que vous m'avez limité dans le temps. Alors, je vous remercie. Tantôt, je pourrai faire la conclusion sur les sujets. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il me reste 30 secondes, M. le député de Nelligan, pour arriver au temps égal des deux parties.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, pour...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, si la question prend 30 secondes, vous avez des problèmes.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: ...pour votre esprit d'ouverture et... Bon, en tout cas. Merci beaucoup pour votre présentation. Je voudrais retourner à votre document et votre présentation.

Vous avez essayé, dans la page 24, de nous convaincre que vous ne faites pas d'argent, que ce n'est pas vraiment profitable. Je m'excuse de ne pas nécessairement accepter ça à 100 %, parce que, mon opinion, vous allez faire de l'argent, vous allez faire un profit avec ça. Je voudrais savoir où est votre marge de manœuvre. Où vous allez trouver votre profit? Sur les frais d'administration? Sur les frais de gestion? Selon votre évaluation — parce que je vois que vous avez vraiment étudié ce que ça coûte — je voudrais savoir qu'est-ce que vous pensez, sur votre profit, avec ce fameux régime d'assurance, le régime universel d'assurance. Ça va être quoi, votre profit? Parce que vous n'êtes pas l'État, vous êtes dans le business. Je n'ai rien contre le profit, mais je ne veux pas laisser... On sait que vous ne pouvez pas nous laisser l'image que vous allez faire ça pour le bien-être de la société.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Je voudrais savoir c'est quoi le profit.

M. Genest (Pierre): On va en profiter pour parler du collectif et de l'individuel. Dans le collectif...

M. Williams: Mais j'espère que, quand même, vous allez répondre à ma question.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Genest (Pierre): Oui, je vais répondre deux fois à votre question. Dans le collectif, on a mis les chiffres, et les chiffres qui sont là, ce sont des chiffres réels. Je l'ai dit, ce sont les chiffres qu'on a faits dans les cinq dernières années, l'ensemble des compagnies impliquées. Parce que, l'assurance-médicaments, c'est comme un peu partout ailleurs, c'est le «loss leader», c'est ça qui est compris dans tous les régimes collectifs, et c'est le «loss leader» qui est utilisé par à peu près tous les assureurs pour attirer les groupes chez eux. Et la profitabilité de l'assurance collective se fait beaucoup plus sur les régimes de soins dentaires, les régimes d'invalidité long terme et, surtout, les régimes d'assurance-vie. Donc, en collectif — ce n'est pas des menteries qu'on vous conte — dans les médicaments, on n'a pas fait d'argent dans les cinq dernières années. C'est sûr qu'on a les primes qu'on reçoit et qu'on paie les réclamations un petit peu plus tard, donc, on fait des revenus d'intérêts. Mais, sur la base, il n'y a pas de véritables profits. Mais on retrouve notre profitabilité par le fait qu'on vend d'autres produits à nos clients. Une fois qu'on est entrés là, bien, notre agent ou notre courtier vend tous les autres produits, puis ça se vend tout ensemble, ça, l'assurance collective.

Dans l'individuel, malgré les commentaires de M. Castonguay, ce que l'on a fait dans les chiffres qui sont là, on a mis ça vraiment à un niveau où il n'y a pas de rentabilité. On pense même que les primes, quand elles vont... Parce que là, ça, c'est une prime calculée; après ça, il va y avoir une prime de marché, et, quand ça va sortir sur le marché, prenons notre prime individuelle de 200 \$, il est fort possible que vous allez avoir une prime individuelle à 190 \$, une autre prime individuelle à 192 \$, puis peut-être quelqu'un à 205 \$, puis peut-être quelqu'un à 225 \$. Celui à 225 \$, il ne la vendra pas, sauf s'il a un créneau particulier et qu'il vend dans ce créneau-là. Et cette compétition-là va faire en sorte, on est convaincus, que, sur le 1 000 000 dans l'individuel, il n'y en aura pas, de profitabilité. C'est-à-dire que les coûts, les frais qui sont là, incluent les taxes qu'on doit payer au gouvernement, incluent les cotisations qu'on doit payer à la SIAP. Je sais que c'est bien des choses, mais, par contre, la compagnie qui va décider d'être plus compétitive que les autres et qui va mettre la prime la plus basse, bien, elle va en vendre plus et ses agents, ses représentants, ils vont rencontrer des clients puis, à ces clients-là, ils vont essayer, puis ils vont nécessairement réussir, à vendre d'autres produits, et la profitabilité viendra sur les autres produits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Pour ajouter, vous avez un domaine où la compétition est très, très forte dans le moment et il y a des différences énormes de primes. J'en sais quelque chose.

Je termine, et je permets au député de Robert-Baldwin de faire la conclusion, et le ministre ensuite.

M. Marsan: Alors, M. le Président, permettez-moi de remercier bien sincèrement les représentants des assureurs. J'apprécie d'une façon très particulière. Je pense que vous êtes venus nous voir, vous êtes venus nous dire l'heure juste, ce que ça va coûter vraiment, et c'est bien important, le témoignage que vous avez fait ce matin.

● (11 h 30) ●

Je voudrais souligner que vous nous démontrez, une fois de plus, que l'augmentation prévue ou le coût des primes doit absolument être connu par règlement. Il faut que les règlements soient déposés avant qu'on puisse se prononcer, d'une façon objective, sur le projet de loi. Je souhaiterais aussi vous mentionner que — vous le savez peut-être déjà — pour nous, s'il n'y avait pas cette partie de récupération ou d'augmentation de taxes prévue dans le projet, où on a déjà, dans le budget, 196 000 000 \$ d'inscrit, eh bien, je pense qu'on aurait pu travailler d'une autre façon. On est d'accord avec un régime universel d'assurance-médicaments, mais on n'est pas d'accord avec les coûts élevés qui y sont associés. Pourquoi? Parce qu'on veut récupérer des argentés à travers ce régime-là pour les remettre au Conseil du trésor.

Je souhaiterais vous souligner, en tout cas si M. le Président le permet, qu'il se pourrait qu'on ait encore besoin de votre éclairage et de votre expertise. J'apprécierais que vous puissiez être disponibles dans des délais raisonnables, j'imagine, si nous avons besoin d'autres éclaircissements.

Encore une fois, M. Genest et tout votre groupe, merci, merci beaucoup pour l'éclairage que vous nous avez donné ce matin.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Moi, je voudrais d'abord faire une précision parce qu'il y a une question qui revient régulièrement et, si ça continuait, ça risquerait de prendre des allures un peu démagogiques.

La liste des médicaments. Il n'y a pas de mystère sur la liste des médicaments et les médicaments qui vont être inclus, ni de risque que des médicaments coûteux mais de qualité et importants pour la santé des gens ne soient pas sur la liste. La liste, d'abord, elle n'est pas faite par la RAMQ. On le sait, c'est un système qui existe, qui existe depuis longtemps, et que la loi intègre dans le nouveau régime. C'est le Conseil consultatif de pharmacologie, sur une base scientifique, technique, rigoureuse. Et, quand on dit qu'on doit tenir compte du rapport qualité-prix, c'est d'abord la qualité et le prix juste et raisonnable. Ça, ça veut dire qu'on s'entend avec l'industrie pharmaceutique pour que les contribuables paient ce qu'ils doivent payer, mais pas plus qu'ils ne doivent payer, pour avoir les médicaments dont ils ont besoin pour leur santé. C'est l'objectif même du

régime. On a une pratique d'établie que le Conseil consultatif de pharmacologie fait des recommandations au ministre, et c'est le ministre qui décide dans le cadre d'une politique du médicament. Alors, ça, je voudrais être très clair là-dessus. On ne peut pas continuer de dire et de faire croire au monde qu'on risque, avec un régime comme ça, d'empirer l'affaire et, pour faire de l'économie avec le régime, qu'on va exclure les médicaments coûteux.

C'est justement le problème de la situation actuelle, où le régime, comme il fonctionne, ne permet pas d'offrir les médicaments coûteux aux gens soit parce qu'ils n'ont pas d'assurance ou dans des régimes où ceux qui ont des assurances, souvent, les médicaments trop coûteux sont exclus parce qu'ils coûtent trop cher. Alors, si c'est l'objectif du régime, il ne faudrait pas continuer de faire croire au monde que ça risque d'avoir l'objectif contraire. Ça, je tiens à faire cette précision-là, M. le Président, parce qu'à un moment donné on n'améliore pas le débat en donnant plus d'information aux gens, on fausse le débat.

(Consultation)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si vous voulez continuer, M. le ministre.

M. Rochon: Deuxièmement, je vous remercie parce que vous avez aussi, dans vos commentaires et réponses à des questions des députés de l'opposition, ramené une autre précision, avec votre expérience d'assureurs. Dans un régime d'assurance, il y a une chose qui s'appelle la prime, qui est le financement du régime et qui est ce qu'on demande aux gens de payer pour la protection. Évidemment, vous l'avez très bien dit, que si quelqu'un ne consomme pas une année, il a payé et il n'a pas consommé et, s'il n'avait pas payé, il aurait 200 \$ de plus dans ses poches. Mais l'année où il doit consommer, et de façon chère, les 200 \$ qu'il a donnés pendant quelques années, il risque de les récupérer pas mal vite, par exemple, et c'est le principe même de l'assurance. Si on n'accepte pas ça, si on ne veut pas ça, on ne veut pas d'assurance.

Vous avez aussi rappelé — et ça, je pense que c'est important que le monde comprenne ça — que, dans les régimes collectifs actuels, il y a aussi beaucoup de gens qui ont des revenus du niveau de ceux qui vont être couverts maintenant, qui n'ont pas de couverture, qui vont devenir couverts et vont accéder aux conditions de ceux qui sont dans des régimes collectifs, qui n'auraient jamais accès à une assurance-médicaments s'il n'y avait pas un régime collectif qui leur permet d'avoir une prime individuelle à l'intérieur d'un régime général qui est encadré. Donc, c'est possible, et il y a des gens de même niveau de revenus qui se le paient, ça, présentement, et vous l'avez très bien dit. Et ça, je l'apprécie parce que ça vient de l'expérience vécue et je pense qu'il faut que la population sache quels sont les faits et qu'on ne charrie pas sur le cas qui peut arriver une fois

sur 10 ans, dans x milliers de cas, qui devient quelque chose pour essayer de démolir un système.

Je vous remercie aussi de votre contribution parce que je pense qu'il y a d'autres choses qui se clarifient. On s'entend, et vous êtes le partenaire éventuel dans une opération comme ça, que ce genre de régime, avec les paramètres proposés dans son ensemble, est quelque chose — et je sais que vous y aviez travaillé beaucoup, ce n'est pas un avis que vous nous donnez à la légère — est un régime qui fait du sens, qui va améliorer la situation actuelle et qui est gérable. En ce qui regarde le collectif, vous nous dites aussi qu'il y a beaucoup de choses à préciser au niveau de la gestion, mais qu'essentiellement on peut s'ajuster. Il faudra voir comment on le fait, dans des conditions qui vous permettent de vous ajuster correctement là-dessus. Et ça, plus on aura un projet de loi adopté rapidement, plus on pourra se donner du temps pour le mettre en place correctement.

Quant à l'individuel, vous nous soulignez — je termine, M. le Président — un problème. C'est clair que ce que vous nous dites, qui sont vos calculs par rapport à ce qui était prévu qui serait la prime, ça déborde un peu. On va continuer de travailler là-dessus. Là, je songe sérieusement, vu qu'on a tous été impliqués là-dedans beaucoup, de part et d'autre, le ministère, la Régie et vous... Ça nous serait peut-être utile, tout le monde, à ce moment-ci, si on demandait un avis externe de quelqu'un de compétent dans le domaine qui pourrait approcher tout ça d'œil tout neuf... C'est souvent comme ça, tout d'un coup, qu'on découvre une ouverture, là, quelqu'un qui arrive avec une autre perspective. Pour pouvoir exploiter, aussi, à fond toute l'expérience qu'on peut avoir avec les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et des clientèles qu'il y a là-dessus, ce qu'on n'a peut-être pas eu le temps de faire de façon aussi complète dans le temps qu'on a eu jusqu'ici.

Alors, ça, c'est à faire pour vraiment qu'on reste en lien, qu'on continue le travail qu'on a fait pour clarifier, mais se donnant conjointement quelqu'un qui arriverait avec un regard neuf et qui nous aiderait peut-être à exploiter encore plus certaines données pour voir jusqu'où on peut le resserrer. Parce que ce qui est intéressant dans ce que vous dites, c'est que c'est un peu le plafond que vous avez mis. Le jeu de la compétition et tout le reste auraient plutôt tendance à ramener ça à la baisse. Alors, moi, je ne perds pas du tout espoir, au contraire. On est en ligne pour trouver quelque chose qui va permettre de mettre le régime en place, qu'on voudrait bien mettre. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'avoue que j'ai dépassé le temps normalement permis, mais, compte tenu de l'importance du sujet, j'ai cru bon d'y aller comme ça.

J'invite maintenant les gens de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques à s'approcher.

À l'ordre, s'il vous plaît!

● (11 h 40) ●

La Présidente (Mme Charest): À l'ordre, messieurs dames. Alors, les partenaires de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques, si vous voulez bien prendre place. Si vous voulez bien vous présenter.

M. Williams: Mme la Présidente, une question de règlement.

La Présidente (Mme Charest): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Avant de commencer la prochaine présentation, Mme la Présidente, je voudrais savoir votre décision sur le partage du temps. Je sais que le président essaie de faire son possible pour assurer que nous ayons un temps égal, mais, de plus en plus, on voit une stratégie du ministre qui fait tout un discours qui devrait être dans les remarques, à la fin. Le dernier mot, à la fin, ça a été plus de cinq minutes. Je voudrais savoir votre opinion, Mme la Présidente, avant de commencer, votre décision sur le partage du temps.

La Présidente (Mme Charest): Ce sera un partage équitable. Tant et aussi longtemps que je serai à la table de la présidence, M. le député de Nelligan, je vous confirme qu'il y aura partage égal.

M. Williams: Avec ça, nous n'allons pas avoir, comme à la dernière présentation, à la fin, un discours du ministre.

La Présidente (Mme Charest): M. le député de Nelligan, je vous rappellerai que le président sortant, qui était ici tout à l'heure, a tenté de donner autant de temps à l'un comme à l'autre, et je pense que, là-dessus, vous étiez d'accord pour qu'il y ait souplesse. Alors, si vous me demandez d'être plus rigide, je vais l'être et le partage du temps sera équitable, autant pour le gouvernement que pour l'opposition.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le député.

M. Williams: C'était exactement le but de mon intervention.

La Présidente (Mme Charest): Maintenant, je demanderai à l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques de se présenter. Vous avez 20 minutes pour faire votre exposé. Suite à votre exposé, le gouvernement a également 20 minutes, l'opposition officielle a 20 minutes. Et nous procéderons, pour les questions, en alternance: gouvernement, opposition officielle, opposition officielle, gouvernement. Merci, messieurs.

Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP)

M. Goulet (Jean-Guy): Merci, Mme la Présidente. L'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques est honorée d'avoir été invitée devant cette commission parlementaire et de nous permettre de partager avec vous nos commentaires sur le projet de loi...

La Présidente (Mme Charest): Je m'excuse, je suis obligée de vous arrêter. Vous ne vous êtes pas identifié, et nous avons besoin, pour l'enregistrement, d'avoir vos noms et vos titres, s'il vous plaît.

M. Goulet (Jean-Guy): D'accord. Alors, je vais évidemment me présenter et présenter mes collègues présents avec moi. André Boivin, président des Laboratoires ProDoc, Joseph Kerba, vice-président Novopharm Québec, à ma gauche; Jim Keon, vice-président et permanent de l'ACFPP, à ma droite; Eli Betito, au centre, directeur des affaires publiques et gouvernementales d'Apotex, et moi-même, Jean-Guy Goulet, vice-président senior Technilab et vice-président du conseil d'administration de l'Association.

La Présidente (Mme Charest): Merci. Vous pouvez y aller.

M. Goulet (Jean-Guy): Alors, avant de formuler nos commentaires sur le projet de loi, nous voulons profiter de l'occasion pour faire une mise au point sur les perceptions entourant l'industrie des médicaments génériques qui sont souvent entendues et véhiculées.

Au niveau des perceptions, bien, l'industrie des produits pharmaceutiques génériques est une industrie ontarienne. Mais oui, il existe en Ontario une solide industrie des produits génériques, appuyée depuis plus de 20 ans par des politiques provinciales qui ont favorisé l'achat de produits au prix le plus bas, ce qui n'a pas été le cas au Québec. Existe-t-il une industrie de génériques au Québec, dans la réalité? L'industrie des génériques compte une quinzaine d'entreprises au Québec qui créent des emplois, font de la R & D et dont un grand nombre exportent leurs produits dans le monde entier.

Deux associations représentent au Québec les sociétés de produits génériques: l'ACFPP et le GPIM. Toutes deux représentent quelque 15 sociétés. Ces dernières sont des petites et moyennes entreprises engagées sur la voie de la croissance au Québec. La plupart d'entre elles visent les marchés d'exportation et reconnaissent que, pour continuer à prendre de l'expansion, elles doivent se tourner vers l'étranger pour y trouver clientèle et partenaires. Ces sociétés de génériques représentent le type de petites et moyennes entreprises que le Québec doit promouvoir.

Perception. L'industrie des génériques ne crée pas d'emplois au Québec. Par le passé, on pensait que les sociétés pharmaceutiques d'origine créaient à elles seules tous les emplois au Québec.

Réalité. L'industrie des génériques emploie actuellement près de 2 000 personnes au Québec, ce qui représente 40 % des emplois créés dans ce secteur. Au milieu des années quatre-vingt, on comptait moins de 100 personnes dans le secteur des génériques au Québec. Nous sommes maintenant près de 2 000 à travailler dans le secteur des génériques, sur un total de 5 000 travailleurs canadiens. Ces chiffres témoignent d'une très forte croissance des emplois au cours des 10 ou 15 dernières années.

L'industrie des produits d'origine, quant à elle, réduit ses effectifs au Québec. Cette industrie a, en raison d'une rationalisation internationale, supprimé environ 1 000 emplois au Québec depuis 1993, pour un total de près de 2 000 au Canada. Selon un document publié récemment, des chambres de commerce de Montréal et de Toronto, intitulé «La formule du succès», ce dernier mentionnait que plus de 50 % des emplois des médicaments d'origine sont situés en Ontario et 37 % au Québec. Le même document indique que, des 65 sièges sociaux des compagnies de médicaments d'origine au Canada, 60 % sont situés en Ontario. L'industrie des produits pharmaceutiques génériques est celle qui, actuellement, crée de nouveaux emplois au Québec.

Perception. Si on favorise les produits génériques, abolissons la règle du 15 ans, l'industrie des produits d'origine quittera le Québec. Le Québec offre de nombreux avantages qui militent en faveur de l'implantation de sociétés pharmaceutiques.

Réalité. Même après l'abolition de la règle du 15 ans, la part de marché des produits d'origine au Québec, qui actuellement est de 92 %, passerait à 89 %. Actuellement, les sociétés de fabrication de produits d'origine détiennent presque le monopole complet du marché québécois des médicaments, avec plus de 92 % de toutes les ventes. Les sociétés de génériques exécutent environ 28 % de toutes les ordonnances au Québec, mais ne représentent que 7,5 % des ventes en raison de leurs prix moins élevés. Par comparaison, les génériques servent à exécuter 37 % de toutes les ordonnances dans le reste du Canada. Aux États-Unis, ce pourcentage atteint 46 % et il dépasse près de 50 % au Royaume-Uni. Donc, pour le Québec, même avec ce changement, les parts de marché du générique seront parmi les plus faibles au monde. De plus, nous savons que la recherche-développement sera principalement réalisée entre le Québec et l'Ontario. Le Québec a déjà tous les atouts nécessaires pour garder cette recherche-développement. Nous avons les cerveaux, les infrastructures et, surtout, beaucoup de potentiel. Le Québec, comme nous le savons aussi, a une politique fiscale plus avantageuse que les autres provinces. Donc, malgré ce changement que nous réclamons, le Québec demeurera l'un des milieux les plus attrayants dans le monde pour l'industrie pharmaceutique.

Autre perception: que l'industrie des génériques ne fait pas de recherche et de développement. On dit souvent que les sociétés de génériques copient seulement et qu'elles font peu ou pas de recherche-développement.

Les réalités. 13 % du chiffre d'affaires de l'industrie des génériques vont à la recherche et au développement. Il faut de la R & D pour appuyer les entreprises de fabrication de produits génériques. Leurs travaux portent principalement sur la conception et l'élaboration de produits, dont de nouveaux travaux de développement et de validation de méthodes d'analyse pour documenter la qualité des résultats scientifiques. De plus, à mesure que ces petites et moyennes entreprises croissent et atteignent leur pleine maturité, elles se transforment en sociétés pharmaceutiques entièrement intégrées qui effectuent de la recherche pour développer des produits innovateurs.

Voici des exemples de financement de travaux de recherche de l'ACFPQ au Québec. Des exemples: Laboratoires ProDoc, la création d'une chaire en recherche de pharmacologie clinique à l'Université de Montréal, pour un montant de 625 000 \$; Pharmascience, qui dépensera plus de 8 000 000 \$ en recherche-développement, et l'Association aussi, qui a une chaire en pharmacocinétique, de l'ordre de 500 000 \$, avec l'Université de Montréal.

Les sociétés de génériques installées au Québec créent de nombreux emplois de haute technologie, perfectionnent leurs ressources humaines et la technologie et réinvestissent au Québec.

Perception. Les génériques ne sont pas de qualité égale aux produits d'origine. La qualité supérieure et les normes élevées qui régissent les médicaments génériques ne sont pas encore bien connues au Québec.

Les réalités. Les médicaments génériques sont identiques aux médicaments d'origine équivalents et sont soumis aux mêmes normes de sécurité et de qualité. Extrait du rapport Castonguay. À plusieurs reprises dans leur rapport, les experts du comité Castonguay ont souligné la qualité et le prix abordable des médicaments génériques. À plusieurs reprises encore, ils ont réclamé une utilisation accrue des médicaments génériques partout dans le système de santé québécois pour limiter judicieusement la hausse des coûts. Les médicaments génériques sont soumis aux mêmes normes d'approbation de Santé Canada que leurs équivalents d'origine.

● (11 h 50) ●

Maintenant, après avoir démystifié avec vous les perceptions et les réalités qui entourent notre industrie, il nous fait plaisir de partager avec vous nos recommandations quant au projet de loi n° 33. Nos commentaires quant au projet de loi n° 33 se limiteront au point suivant: Que le régime général d'assurance-médicaments soit conçu de façon à ne rembourser que le prix le plus bas, et ce, pour permettre au gouvernement de maximiser les économies dans le secteur médicaments avant d'exiger surtout une contribution de la part des personnes âgées, des assistés sociaux et aussi de la part des Québécois et Québécoises.

Ce que nous garantissons: des économies réelles. Nous avons réalisé une étude, au Québec, sur le prix des 25 produits génériques les plus vendus, et ces derniers sont, en moyenne, vendus à 50 % moins cher que les

médicaments d'origine. Nous avons ici un tableau citant les exemples sur des produits généralement utilisés et les écarts de prix.

De plus, ce que nous garantissons: un régime universel plus abordable au plus bas prix. À cause de la règle du 15 ans, le Québec continue de payer le prix des produits d'origine même après l'arrivée sur le marché de produits génériques. Le Québec est la seule province qui ne maximise pas les économies dans son programme de médicaments. Le tableau montre, ici, l'argent versé en trop pour ces médicaments et les coûts additionnels pour le programme tant que ces médicaments demeureront protégés par la règle du 15 ans. Alors, dans les exemples, ici, on parle de coûts additionnels à effectuer, du moins en pronant ce système, de l'ordre de 6 000 000 \$, pour un exemple ici qui est le Zantac, ou de 6 500 000 \$, jusqu'à l'an 2000, pour le Cardizem, qui sont les exemples mentionnés.

Ce que nous garantissons: des économies instantanées de plus de 30 000 000 \$ par année. Nous avons calculé que la règle du 15 ans obligera le gouvernement à payer 30 000 000 \$ de plus par année. Ces chiffres correspondent, pensons-nous, à ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux. Comment le gouvernement peut-il demander aux simples Québécois une contribution aussi importante alors que le système de santé québécois est si comprimé et leur demander en même temps de faire une subvention de 30 000 000 \$ par année aux sociétés étrangères?

Et, pour terminer, comme nous l'avons déjà mentionné, nous recommanderons un seul amendement au projet de loi n° 33: Que le régime soit clairement conçu de manière à ne rembourser que le prix le plus bas, et ce, sans aucune forme de discrimination. Une politique selon laquelle seul le produit le moins cher sera payé constitue une sage utilisation des ressources financières. Un programme de médicaments universel doit être instauré pour le bénéfice évident de tous les Québécois. Merci de votre attention.

La Présidente (Mme Charest): Merci, messieurs. Maintenant, c'est M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Rochon: Oui. Je vous remercie, Mme la Présidente. Je vous remercie beaucoup d'être venus nous rencontrer et pour la collaboration que vous nous avez accordée aussi au cours des deux dernières années.

Je prends bonne note que, dans l'ensemble, le régime qui est proposé est un régime auquel vous êtes favorables et avec lequel vous pouvez vivre, et je pense qu'on partage la même opinion quant à ce régime. Je n'ai pas de questions particulières à vous poser. Je voudrais simplement faire le commentaire à l'effet qu'on est bien conscient du point de l'irritant — je pense que c'est comme ça que vous le percevez...

M. Goulet (Jean-Guy): Les perceptions et les réalités.

M. Rochon: ...d'une part — et de cette question de la politique du 15 ans.

Je veux juste rappeler là-dessus, puis je pense qu'on a toujours voulu être correct avec tout le monde, que c'est une politique que s'est donnée le Québec dans un contexte économique global, voulant s'assurer que, d'une part, les Québécois et les Québécoises paient un prix juste, équitable et raisonnable pour les médicaments, dans l'ensemble, et que le gouvernement est un partenaire avec tous les acteurs économiques, où on essaie de tenir compte des retombées économiques de différentes activités qui peuvent se faire au Québec dans le domaine de la recherche et du développement dans votre secteur.

Je pense que c'est important que les gens sachent, comme vous le savez, que ce n'est pas quelque chose qu'on pousse sous la couverte, qu'il y a un travail de réflexion important qui est commencé depuis plus d'un an maintenant, où tous les ministères impliqués sont autour de la même table; et là je pense spécialement au ministère des Finances et au ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie. Et, à la même table aussi, on a commencé à se parler, tout le monde ensemble, autant l'industrie pharmaceutique qui produit des médicaments d'origine que l'industrie des génériques.

Alors, on est conscients qu'il y a quelque chose qui évolue, qu'il y a des reconfigurations importantes qui se font aussi dans le monde de l'industrie pharmaceutique. Ce n'est pas quelque chose, je pense — ça a été notre jugement — qu'on peut changer rapidement dans le cadre d'une législation comme celle-là, mais on est conscients que c'est quelque chose qui est sur la table, qu'il faut continuer de travailler, d'analyser, d'explorer, et, pour les différents partenaires impliqués, qu'on trouve quelque chose, une situation qui est correcte, qui est acceptable pour tout le monde.

Alors, je n'ai pas de points particuliers. Je pense qu'on comprend très bien ce que vous nous dites, ce que vous nous proposez. Si on ne peut pas répondre dans le cadre de ce projet de loi là à la recommandation précise que vous faites, ce n'est pas quelque chose qu'on ferme comme discussion, analyse, exploration avec toutes les parties impliquées.

La Présidente (Mme Charest): Merci, M. le ministre. Maintenant, M. le critique de l'opposition officielle et député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Je vous remercie, Mme la Présidente. Je remercie nos invités d'avoir accepté l'invitation de la commission. Je vous remercie aussi du document, qui est très bien préparé. Je pense que votre message est clair.

Moi, j'aurais une question axée sur le concept qualité-prix. On parle souvent des médicaments génériques, on peut faire des économies. Mais jusqu'à quel point on peut être certain que ces médicaments-là, on peut les substituer à d'autres? Et de quelle façon on peut

s'assurer, par exemple, qu'il n'y ait pas d'effets secondaires ou des choses comme ça? Comment on peut avoir une espèce de garantie et comment ça fonctionne aussi en même temps?

M. Kerba (Joseph): Certainement, moi, en tant que pharmacien, je me permets de répondre à cette question-là. Je pense que, tout simplement, à la lecture du document de M. Castonguay, où il y avait des experts, là-dedans, incluant Mme Denise Leclerc, qui était doyenne de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, qui est très connue dans le domaine, le document dit clairement que les produits génériques sont des produits, sur le plan thérapeutique, qui sont équivalents aux produits de marque.

Si vous permettez un petit détail un peu technique, quand nous avalons un comprimé, le comprimé se désagrège, que ce soit dans l'estomac ou dans les intestins, ça se dissout dans le milieu gastrique ou le milieu intestinal, ça se promène dans le système circulatoire, une partie est détruite, si vous voulez, par le foie et, après ça, il y a ce qu'on appelle le produit biodisponible. Donc, c'est la partie du produit qui est disponible à agir effectivement dans le corps. Or, moi, j'ai travaillé pendant 7 ans et demi à la DGPS, la Direction générale de la protection de la santé, et je peux vous assurer que le point principal que la DGPS regarde, effectivement, à travers ces batteries de tests que nous entreprenons, c'est de s'assurer que le produit générique est un produit qui est bioéquivalent.

Donc, exactement, sur le plan de la bioéquivalence, le produit est disponible exactement de la même façon. M. Castonguay l'a dit dans son rapport, c'est un produit qui, sur le plan thérapeutique, est exactement un produit équivalent. Il recommande fortement des mesures incitatives pour dire: Bien, écoutez, si quelqu'un demande un produit générique, il faudrait diminuer la coassurance, et si quelqu'un insiste pour avoir le produit de marque, il doit obligatoirement payer la différence. Or, le rapport Castonguay le dit clairement, il n'y a pas de doute là-dessus, sur le plan de l'équivalence thérapeutique. Sur le plan de la bioéquivalence, c'est confirmé par le ministère de la Santé, sur le plan fédéral. Les produits sont des produits égaux. Il n'y a aucune différence.

● (12 heures) ●

Si nous regardons un peu plus loin, si vous me permettez de pousser ma réflexion un peu plus loin, avec tous les incitatifs que nous sommes en train d'offrir ici, au Québec, aux compagnies de marque, nous nous trouvons avec des faits, que vous avez dans vos documents, à l'effet que 60 %, effectivement, de l'industrie pharmaceutique se trouvent en Ontario, 60 % des emplois se trouvent en Ontario, de l'industrie de marque. Malgré ces incitatifs, malgré ce qu'on a toujours dit dans l'industrie de marque, que nous sommes ce qu'on appelle en bon anglais «a tax heaven of the world», alors, nous sommes effectivement, ici, au Québec, et nous payons de cela par nos taxes, par nos impôts, ces

subventions pour avoir la recherche et développement ici, chez nous, et, malgré cela, nous avons autant de recherche et développement dans le domaine pharmaceutique par les compagnies de marque au Québec qu'en Ontario. Et, si vous voulez, nous pouvons vous fournir ces chiffres-là. Ces chiffres sont évidents, sont documentés, nous pouvons les fournir.

Donc, avec tous les incitatifs que nous avons, l'Ontario continue à avoir «the best of two worlds», si vous voulez. Ils ont une industrie générique florissante, ils ont 60 % de l'industrie de marque et ils paient beaucoup moins au niveau des subventions, au niveau des crédits d'impôt, si vous voulez, au niveau de la recherche et développement. Ils ont autant de recherche et développement que nous en avons ici, chez nous et, par-dessus tout, ils n'ont pas la règle de 15 ans depuis 25 ans. Donc, ça fait 25 ans qu'ils paient pour le prix le plus bas. Nous, nous continuons à subventionner les multinationales, nous continuons à faire des mains et des pieds, effectivement, pour les encourager, quand nous trouvons que 40 %, effectivement, des emplois se trouvent chez nous. Et nous sommes en croissance et eux sont en décroissance.

Moi, je viens de la compagnie Rhône-Poulenc Rorer; la compagnie Rhône-Poulenc Rorer a fermé ses portes à Montréal. Si ce n'était pas pour la compagnie Novopharm, qui avait décidé d'avoir comme axe stratégique le Québec, je serais au chômage avec plusieurs de mes confrères aujourd'hui. Nous avons Burroughs Wellcome qui a fermé ses portes, nous avons Cyanamid qui a fermé ses portes. Donc, ce qu'on voit, c'est qu'actuellement nous sommes en pleine croissance, et tout ce que nous vous demandons, c'est la justice. Nous vous demandons de nous placer au même niveau que les autres. Et, dans le contexte extrêmement difficile que nous avons au niveau budgétaire, nous disons que c'est 30 000 000 \$ de trop, qui, à notre humble avis, pourraient être utilisés à d'autres fins. Merci.

M. Marsan: Je vous remercie pour vos commentaires et, comme vous le soulignez, je pense que c'était très pertinent que Mme Leclerc soit associée au comité Castonguay. J'ai eu la chance de la connaître au moment où elle était la doyenne de la Faculté de pharmacie de Montréal, et je pense qu'on connaît bien toutes les qualités et l'expertise de cette dame. Alors, merci beaucoup pour vos commentaires.

La Présidente (Mme Charest): Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Rochon: Oui. Il y a peut-être une question qu'il est bon que j'amène devant la commission. Vous reprenez dans vos commentaires une recommandation, une proposition, une suggestion qui a été faite par le groupe de travail présidé par M. Castonguay à l'effet que, pour — ce que vous diriez — amener une équité sur le marché, l'utilisation d'un mécanisme de marché comme d'avoir, par exemple — je pense que le rapport

Castonguay le proposait — un remboursement, un jeu de coassurance différent selon que le consommateur choisirait de prendre comme médicament soit un générique ou un médicament d'origine pour... Évidemment, vous y êtes favorables. Est-ce que vous avez l'impression qu'une mesure comme ça corrigerait à peu près la situation d'iniquité ou si ça reste très en deçà de ce que vous souhaitez?

M. Kerba (Joseph): Si vous me permettez, je pense que c'est une mesure qui corrigerait en partie. Pourquoi en partie? Parce que, effectivement, ce que nous disons: si nous abolissons tout simplement la règle de 15 ans, nous allons avoir, comme partout au Canada, parce que nous sommes la seule province dans tout le Canada où nous avons, effectivement, cette restriction additionnelle pour essayer de protéger, en quelque sorte, l'industrie de marque... Mais, à la place de dépenser énormément d'énergie et de temps et de l'argent pour former — et c'était la recommandation de M. Castonguay — les gens, leur dire qu'effectivement les produits génériques sont des produits équivalents, et nous vous recommandons, nous vous donnons des incitatifs pour utiliser les produits génériques, alors, à la place de faire cela, le gouvernement, qui reconnaît cela, nous l'espérons, prendrait une position claire à cet effet-là et recommanderait tout simplement l'abrogation de la règle de 15 ans. Là, on aura, comme on l'a indiqué ici, un résultat immédiat qui représente 30 000 000 \$ à partir de la première année, et qui évitera des situations où, vous le savez, il y a certains produits qui se trouvent «générécisés» partout au Canada à l'exception du Québec. Pourquoi à l'exception du Québec? Parce qu'au Québec on paie quand même le gros prix. Or, la règle des 15 ans crée une injustice, ça crée un fardeau important au niveau du gouvernement et au niveau, effectivement, du public en général, des citoyens en général, en ce sens que, effectivement, tout le monde va suivre, en quelque sorte, la RAMQ. Alors, nous disons que la façon la plus simple, c'est d'abroger la règle de 15 ans. Nous allons être au même titre que tout le monde dans le reste du Canada. Nous allons continuer à avoir le meilleur des deux mondes, parce que nous avons les cerveaux, nous avons l'infrastructure, nous avons des crédits d'impôt qui dépassent ce qui existe ailleurs. Alors, les gens vont aller où? Ils ne peuvent pas aller ailleurs. Le Québec, c'est leur meilleur emplacement.

Et c'est drôlement étonnant de trouver que, malgré les crédits d'impôt que nous avons ici, au Québec, nous avons 60 %, effectivement, des emplois qui sont ailleurs, 60 % des sièges sociaux qui sont ailleurs, et, malgré les crédits d'impôt extraordinaires que nous avons ici, nous avons autant de recherche et développement au Québec qu'on en a en Ontario.

M. Rochon: Merci.

La Présidente (Mme Charest): Merci. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci pour votre prestation. Bienvenue. «Welcome». Ça fait quelques années, je pense, au moins 18 mois que nous n'avons pas eu la chance de vous parler.

M. Goulet (Jean-Guy): Oui, ça fait... On a eu souvent l'occasion, effectivement, d'échanger nos idées.

M. Williams: Oui, oui. Et, bientôt, peut-être, on pourra rétablir la relation. Merci pour votre présentation. Je pense que c'est assez clair. Au moins, vous êtes consistants. Vous n'aimez pas les 15 ans. Selon mon information, vous êtes contre le C-22 aussi. Avec ça, c'est assez clair.

Mais nous allons avoir une chance, après l'été, de discuter de ça, parce que nous allons continuer notre mandat d'initiative d'étudier l'utilisation des médicaments. Ici, avec ça, vous allez avoir une autre chance d'expliquer ce que vous pensez du 15 ans, et tout ça.

Je voudrais demander deux questions. Une, c'est sur l'utilisation rationnelle des médicaments. Parce que, selon mon interprétation, c'est dans cette piste-là qu'on peut vraiment, un, sauver beaucoup d'argent; deux, et plus important que le premier, on peut donner un meilleur système de santé, on peut assurer qu'il y ait une bonne utilisation des médicaments. Et je voudrais savoir: Est-ce que votre association a fait une réflexion sur ça? Et, dans le contexte de la loi n° 33, avez-vous quelques suggestions à cet égard?

M. Goulet (Jean-Guy): Je pense qu'au niveau de l'utilisation rationnelle des médicaments, comme association, on est favorables à ça; dans les différents comités sur lesquels on a siégé, on a pu échanger. Toutefois, notre intervention était autre, à savoir que, ceci, c'est pour générer des économies à moyen et à long terme. Je pense que, de changer l'éducation des gens et la façon, c'est un très bon objectif. On est favorables et on va appuyer et travailler avec le gouvernement et tout autre organisme pour arriver à ça.

Toutefois, en ce qui a trait aux objectifs de générer des économies à court terme... Et on revient aussi, et je profite de l'occasion pour mentionner la question et faire le lien avec la coassurance et la raison du 15 ans. Je pense que c'est des antithèses, dans un sens qu'un 15 ans favorise l'utilisation d'un médicament plus cher, et une coassurance favorise l'utilisation d'un médicament moins cher. Alors, c'est un peu un message mixte. Alors, c'est pour ça que nous avons plutôt choisi, et nous recommandons, encore une fois favorablement, d'appuyer plutôt, dans un contexte universel, un système qui va prôner le remboursement du prix le plus bas.

Et on écoutait, un petit peu plus tôt, la question de pouvoir introduire le coût d'avoir des nouveaux médicaments. Je pense que, ce qu'on a prôné depuis longtemps, c'est que, si, comme société, on veut être capable de financer les nouveaux produits de demain, allons plutôt générer les économies aujourd'hui avec les

produits qui sont disponibles. Et c'est un peu ce que nous avons toujours prôné, et c'est ce dont on parle depuis plusieurs mois déjà. Et nous croyons que ce serait un sain équilibre, et pas... Le volet industriel et un autre, je pense qu'il y a d'autres secteurs, d'autres forums et d'autres ministères, peut-être, qui pourraient se charger de la promotion industrielle, mais je pense que, dans le concept, si on parle de volet santé, il y a d'autres objectifs. Et pourquoi ne pas aller chercher les économies plutôt que de demander aux gens, comme on en parlait un petit peu plus tôt, les assistés sociaux, personnes âgées, Québécois et Québécoises, de contribuer lorsqu'on laisse 30 000 000 \$ dans le système? Nous, c'était notre point d'intervention.

M. Williams: Merci. Une autre question, M. le Président.

• (12 h 10) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Vous avez, dans votre document, et certainement dans votre intervention, mis beaucoup d'importance d'abord sur les prix. Certainement sur les 15 ans, le C-22, le C-91, tout ça, vous êtes contre tout ça. Et vous avez cité avec beaucoup de joie les pages 101, 115 et 116 du rapport Castonguay, qui vous appuient. C'est correct, sauf que vous n'avez pas cité la page 111, où on dit que les médicaments non brevetés échappent à tout contrôle. Actuellement, le rapport Castonguay dit: «Pour cette raison, le Comité croit qu'un mécanisme d'examen de l'évolution du prix des médicaments génériques doit être mis en place.» Avec ça, il y a certainement les questions sur les produits originaux. On peut faire un bon débat sur ça. Je pense que nous allons faire ça.

M. Goulet (Jean-Guy): Ça nous ferait plaisir.

M. Williams: Mais, sur vos produits, le rapport Castonguay, que vous avez cité, dit que les médicaments génériques — et ce n'est pas moi qui dis ça, c'est le rapport Castonguay — échappent à tout contrôle. Selon mon information, les génériques sont plus chers ici qu'aux États-Unis. Peut-être que c'est moi qui ne suis pas au courant de tous les chiffres, mais c'est ça que j'ai entendu. Je voudrais vous donner le temps, ici, de parler aussi du contrôle des prix des médicaments génériques. Vous avez certainement mentionné vos idées sur le contrôle des prix pour les innovateurs, et j'accepte votre opinion sur ça, mais je voudrais que vous en profitiez pour expliquer devant cette commission ce que vous êtes en train de faire pour contrôler vos prix. Parce que, selon les rumeurs que j'ai entendues, souvent, les génériques entrent juste un peu dans le prix plus bas, juste un peu moins cher, parce que, effectivement, les gouvernements vont acheter ça pour sauver 20 %, 25 %. Je sais que vous avez cité quelques exemples de 40 %, et tout ça, là...

M. Goulet (Jean-Guy): En moyenne.

M. Williams: En moyenne?

M. Goulet (Jean-Guy): 50 % en moyenne.

M. Williams: Je voudrais savoir si c'est vrai que les médicaments génériques échappent à tout contrôle, et aussi pourquoi les génériques sont plus chers ici qu'aux États-Unis.

M. Goulet (Jean-Guy): La première des choses, en ce qui a trait à échapper à tout moyen de contrôle, en premier, je vais aller à votre autre portion de question, à savoir comparer les deux prix; après ça, on regardera l'échappatoire, si échappatoire il y a. Mais, pour comparer les prix entre les marchés que vous mentionnez, le marché américain versus le marché canadien, nous avons, lors de nos présentations au comité Castonguay, soumis un rapport à cet effet: que, selon nos données et selon les observations qu'on a, c'est le contraire. C'est que les produits génériques ne sont pas plus chers au Canada qu'ils le sont aux États-Unis. Le point de comparaison avec le marché américain, contrairement au marché canadien, dont le prix est public et des prix... compte tenu de l'impact gouvernemental, les prix aux formulaires, les prix sont connus, contrairement au marché américain. Il est très difficile de se comparer à quel prix, car l'environnement est un marché souvent privé. Les prix avec les escomptes qui se promènent au niveau de plusieurs intervenants, c'est un système totalement différent. Alors, les bases de comparaison ne nous permettent pas, et les informations et nos observations... Ce qu'on a soumis au comité Castonguay, c'est autre, à savoir que nous sommes équivalents ou, dans plusieurs des cas, moins chers que les équivalents américains, dans l'ensemble, dans la moyenne.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous avez une information supplémentaire, monsieur?

M. Kerba (Joseph): J'aimerais, si vous me permettez, ajouter à ce que Jean-Guy vient d'ajouter à l'effet que la documentation est là. La documentation dit qu'au niveau du Canada il y a 37 % des ordonnances qui coûtent 13 % au niveau prix. Alors, je pense que l'élément est directement là. Ça, c'est la première partie. Donc, 37 % des ordonnances qui sont remplies par des génériques coûtent 13 % du coût global. Et puis, ça, c'est documenté, et nous pouvons vous présenter sans aucun problème les documents à cet effet-là.

Le deuxième élément que j'aimerais ajouter, si vous me permettez, c'est le principe reconnu de l'offre et de la demande. C'est sûr que, quand il y a un produit de marque, il y a un monopole. Quand il y a un monopole, on fait ce qu'on veut. Et il faut avoir un mécanisme pour contrôler, si vous voulez, et puis nous avons ce mécanisme-là. Dans les cas de produits génériques, par contre, ce n'est pas le cas parce qu'il y a multisources. Donc,

les produits génériques existent effectivement; il y a les produits de marque et il y a les produits génériques, qui viennent de plusieurs sources. Or, les règles de l'offre et de la demande sont, par le fait même, effectivement, l'excellent mécanisme, le meilleur mécanisme pour permettre ce contrôle des prix, si vous voulez.

On parle de deux choses: la première, c'est la documentation claire et nette qui dit que 37 % des ordonnances, au Canada, qui sont remplies par des génériques coûtent seulement 13 % du coût global des médicaments; la deuxième, c'est l'offre et la demande. Du côté monopole, bon, il faut avoir un système de contrôle. Du côté multisources, c'est les lois du marché, effectivement, et les différents intervenants qui compétitionnent et qui font baisser les prix. Et, ça, c'est la façon la meilleure, dans un pays comme le nôtre, de régulariser les prix.

M. Williams: Merci. Une dernière petite...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière question, M. le député.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup. Vous représentez un secteur pharmaceutique assez important. Les génériques, c'est 30 %, plus ou moins, et en croissance.

M. Kerba (Joseph): Oui.

M. Williams: Je voudrais profiter de votre présence ici. J'ai bien compris votre première recommandation, vous n'aimez pas les 15 ans. Mais, votre deuxième recommandation, vous avez les deux partis ici, vous avez l'opposition, le gouvernement ici. Nous sommes en train de faire un débat sur un régime universel. Votre deuxième suggestion, c'est votre chance... Comment on peut améliorer notre système? Je voudrais savoir des compagnies qui représentent 30 % des ventes ici, au Québec, qu'est-ce que vous voulez dire par «améliorer notre système des médicaments»? Ça va être quoi, la deuxième recommandation de votre association?

M. Goulet (Jean-Guy): Dans un premier temps, en ce qui a trait à avoir 30 % du marché, on espère très bientôt pouvoir avoir 30 % du marché...

M. Williams: Excusez, là, oui...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Goulet (Jean-Guy): ...on rêve de ce jour, mais, en ce qui a trait... Avec 7,5 % de part de marché, nous, je pense que notre première recommandation, elle est plutôt travaillée dans un concept universel, de plan universel, à savoir d'aller sur la politique du 15 ans, d'avoir un système qui favorise le prix le plus bas pour une portion de la société seulement. Si on applique un plan universel, nous avons plutôt adopté une méthode d'appliquer

ou de suggérer de travailler sur une application de prix le plus bas, comme il se fait à plusieurs endroits en Amérique du Nord. Et ce serait à travers cette contribution-là. Notre contribution, elle serait de participer à générer des économies dans ce système-là, c'est évident. Mais on ne le demande pas; on ne demande pas à être favorisés ou pas favorisés. Disons seulement que nous croyons que de créer une politique qui génère des coûts additionnels dans un système, dans le contexte actuel, est peut-être à réviser. C'est ce que nous prônons.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Conclusion par M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Et, encore une fois, merci pour vous être déplacés, d'avoir accepté notre invitation et aussi de nous avoir remis un document qui donne sûrement une sensibilisation accrue au dossier des médicaments génériques. Alors, j'apprécie beaucoup les commentaires. Je pense que le ministre a souligné qu'il y aura sûrement d'autres tables ou d'autres discussions auxquelles on pourra vous convier; et, nous, c'est sûrement notre intention de poursuivre le questionnement. Alors, merci beaucoup pour la qualité de votre présentation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Moi aussi, je veux vous remercier beaucoup pour votre présentation ici, pour votre collaboration de façon générale, aussi. Je veux bien vous dire que, dans l'esprit du ministère et du gouvernement, dans mon esprit, il n'y a aucun doute, là, soyons bien clairs là-dessus, sur la qualité du produit et sur la bioéquivalence de vos produits. Je pense que les données scientifiques sont très claires là-dessus, et je ne pense pas, même, que l'industrie des médicaments d'origine prétende ça de son côté, de toute façon, non plus. Alors, ça, je pense que ce n'est pas un sujet de débat, là.

Et je suis très conscient aussi qu'on ne peut pas tout régler avec le projet de loi, qu'il y a d'autres choses qui restent sur notre agenda commun, que les choses bougent beaucoup dans ce domaine-là et évoluent très vite. Et soyez certains qu'on va continuer à être très actifs de ce côté-là aussi pour en arriver à quelque chose qui finit par être plus satisfaisant pour tout le monde, ou disons qu'on aura atteint le compromis que j'ai déjà entendu définir comme étant cette situation où tout le monde est également insatisfait.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de la commission, merci beaucoup de votre présence. Je suspends les travaux jusqu'à cet après-midi, après les affaires courantes, soit vers 15 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 20)

(Reprise à 15 h 48)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous commençons avec les représentants de la Commission d'accès à l'information du Québec. Je vous rappelle que vous avez 20 minutes de remarques préliminaires et qu'il y aura échanges ensuite. Et je vous demanderais de bien vouloir présenter, M. Comeau, les gens qui vous accompagnent, et leurs titres.

Commission d'accès à l'information (CAI)

M. Comeau (Paul-André): Je vous remercie, M. le Président. À ma droite, donc, le secrétaire de la Commission et directeur, également, du service juridique, Me André Ouimet; et, à ma gauche, M. Clarence White, qui est directeur de la Direction analyse et évaluation.

Alors, je tiens à vous remercier, M. le Président, de votre invitation. Vous nous permettez d'explicitier la position de la Commission. Je m'en tiendrai, dans mes remarques, à deux aspects d'un projet de loi majeur qui est issu du rapport Castonguay II, si vous me permettez le raccord avec un quart de siècle de différence. Mes remarques vont porter sur la mise en oeuvre immédiate du système lui-même et l'éventuelle création d'une banque de données.

Je voudrais, avant d'aborder ces deux points, faire une remarque préliminaire qui me semble importante, c'est-à-dire une remarque rattachée à l'esprit de notre démarche. Celle-ci s'inscrit dans un parti pris ou dans une option très précise en faveur de la prévention plutôt que de la tentative de correction, de rattrapage ou de «back-pedaling», pour employer une expression plus courante. La Commission a préféré faire part de ses interrogations dès ce stade-ci, étant donné les implications qu'elle croit déceler non pas dans le projet de loi lui-même, mais dans des documents connexes.

● (15 h 50) ●

Alors, je voudrais aborder le premier point, qui est celui de la circulation éminente des données. Alors, si on s'en remet au rapport Castonguay et aussi à l'appel de partenariat ou d'offres qui a été lancé par la RAMQ, il en découle une constatation assez éminente, qui est à la base des préoccupations de la Commission, il s'agit de l'accent mis sur la nécessaire protection des renseignements personnels et du respect du principe de la confidentialité. À cet égard, nos préoccupations sont satisfaites puisqu'on a clairement affiché les couleurs, et on s'inscrit dans l'économie générale de la loi.

Alors, c'est à l'égard de la mise en place du réseau, du système nécessaire à la transmission de renseignements pour le bon fonctionnement de l'assurance-médicaments que nous souhaitons attirer l'attention des promoteurs du projet et, surtout, de ceux qui en auront la gestion demain ou dans les mois à venir. Alors, le système va entraîner l'échange d'un certain nombre de renseignements personnels dont, nécessairement, la

prescription médicale ou le nom du médicament retenu par le praticien. Or, évidemment, il ne faut pas être aveugle, et le médicament donne un indice souvent très important quant à la nature de la maladie qui est visée. Alors, je pense qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur le caractère éminemment sensible de ce renseignement, qui relève, il ne faut pas l'oublier, du secret médical, le secret médical qui est une composante fondamentale de l'intimité de la personne, le secret médical, bien sûr, étendu à l'officine du pharmacien.

Alors, dans la mise en place de ce réseau d'échange, de transmission de renseignements, il faudra prévoir l'encadrement des renseignements personnels qui seront demandés par la RAMQ pour permettre que les renseignements nécessaires, mais seulement ceux-là, parviennent à ceux qui auront mission d'assurer le remboursement des médicaments offerts par l'assurance. Alors, la Commission recommande à cet égard aux maîtres d'oeuvre de prendre des mesures immédiates pour éviter des problèmes de bris de confidentialité, par erreur ou, il faut quand même être honnête et logique, par mauvaise intention. Et là nous ne donnons pas dans la science-fiction. Voilà à peu près deux ans, on a, ici même à Québec, dans un congrès public, fait état de l'offre qui avait été faite par un représentant d'une société d'assurances à une collaboratrice d'une clinique de Montréal de lui verser sur le champ 10 000 \$ pour la liste des patients qui avaient été en consultation au cours du mois précédent. Donc, ce n'est pas là un exemple qui vient d'outre-frontières, c'est un exemple montréalais. Il est évident que la démarche d'accès illégal à des renseignements médicaux aussi sensibles sera beaucoup moins ennuyante, beaucoup moins déshonorante si on s'en tient uniquement à des contacts informatiques, par pénétration de réseaux ou tout autrement, ou encore en versant des primes, de bon niveau, évidemment.

Alors, c'est pourquoi il nous faut, je pense, prendre des mesures immédiates à cet égard, des mesures qui relèvent d'abord, on le mentionne bien dans le document d'appel d'offres de la RAMQ, qui relèvent de la sécurité, qui entraînent la mise en place d'un certain nombre de dispositifs qui vont de l'encryptage jusqu'à l'utilisation du réseau sécurisé que sera le RICIB gouvernemental.

Mais la sécurité ne s'arrête pas là. Elle comporte aussi un volet différent qui n'est pas le même, c'est-à-dire celui de la confidentialité. La sécurité comporte des éléments physiques et logiques, tandis que la confidentialité relève davantage de la culture et du comportement. La sécurité est considérée comme une condition nécessaire, mais elle n'est pas suffisante pour assurer la confidentialité. Il y a toute une série de mesures à prendre auprès de ceux qui auront fonction de manipuler, de traiter les données utiles et nécessaires pour le fonctionnement du système. Il faut, dans un premier temps, identifier les personnes qui doivent, par nécessité, utiliser ces données, et seulement ces personnes-là.

Il y a une culture de la confidentialité à développer; on peut la développer par un certain nombre

d'instruments comme des déclarations sur l'honneur, des engagements, des codes d'éthique qui doivent être portés à l'attention de ceux qui, par méconnaissance ou par ignorance, ne se sont pas préoccupés de ces questions dans leur existence et leurs activités quotidiennes. Et, à ce propos, vous me permettez de vous suggérer. S'il y avait moyen, d'abord de tirer profit des enseignements dégagés du fonctionnement de certains réseaux de pharmaciens et aussi de certaines sociétés d'assurance qui, au fil des années, ont accumulé des expériences, pas toujours heureuses, mais qui sont extrêmement enrichissantes à cet égard. Peut-être aussi pourrait-on profiter du court laps de temps qu'il reste avant l'entrée en vigueur du système pour tenter une ou deux expériences-pilotes qui permettraient de mesurer les problèmes éventuels et les mesures au niveau, précisément, de l'éducation à la confidentialité. Ça me semble les remarques les plus importantes que je voudrais faire dans l'immédiat.

Vous me permettez d'aborder le problème de la banque de données, un sujet qui nécessite de la part de la Commission et de ma part une plus grande prudence, parce que, dans le projet de loi comme tel, il faut le reconnaître, il n'y a rien, comme tel, qui nous permet de postuler demain de l'existence de cette banque centrale de données. Mais, encore une fois, c'est au titre de la prévention que s'inscrivent les remarques que nous voulons faire et les recommandations que nous voulons adresser aux responsables du projet.

De ce qu'il est possible de lire aussi bien dans le rapport Castonguay que dans l'appel d'offres ou de partenariat de la RAMQ, la Commission comprend qu'il s'agirait d'un fichier important, inédit à plus d'un titre. Et je me permettrai d'énumérer deux raisons. D'abord, ce fichier contiendrait des renseignements extrêmement sensibles qui y seront versés, je l'ai déjà signalé. Il est vrai que certains de ces renseignements existent déjà dans des banques dispersées, mais la concentration de ces informations, elle, n'existe pas. Il n'y a pas de banque centrale qui contient actuellement, pour l'ensemble des Québécois, les données pharmaceutiques. Or, il suffit de parcourir la presse anglophone du Canada des dernières semaines pour constater les possibles dérives d'un tel système, centralisé ou non, c'est-à-dire les achats de données de pratiques pharmaceutiques par des sociétés spécialisées dans l'établissement de profils pour les sociétés pharmaceutiques. Vous avez vu que le Québec a heureusement échappé à ce débat, mais le problème, il est là, et il est majeur, et il se produit dans un certain nombre de pays. Alors, la concentration constitue un fait inédit.

Mais aussi, deuxième caractéristique fondamentale, cette banque centrale sera accessible en temps réel, «on line», en de multiples endroits du territoire et sans intermédiaire, ce qui, actuellement, n'est pas le cas pour les données détenues par la Régie de l'assurance-maladie, aussi bien le fichier d'identification des bénéficiaires, ce qu'on appelle en jargon le FIB, que les dossiers plus sensibles de la RAMQ. Ces dossiers ne sont accessibles que si on a prévu une dérogation spéciale

dans une loi à cet égard ou que si, pour des fins de recherche, la Commission d'accès à l'information a émis un avis favorable. Il y a donc, autour du fichier important et sensible de la RAMQ, des garanties considérables alors même que ce fichier n'est pas accessible en temps réel partout sur le territoire.

Alors, l'examen de ce projet, lorsqu'on le fera, si on le fait, devra reposer sur la question fondamentale qui fonde d'ailleurs toute l'économie de la loi sur l'accès, aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public — la loi, plutôt, sur la protection des renseignements personnels. Ce critère, c'est celui de la nécessité, la nécessité de la banque elle-même, mais aussi la nécessité des renseignements qui y sont versés.

Il est difficile, évidemment, de répondre à la question de la nécessité de la banque dans l'état actuel des choses et des connaissances à notre disposition, mais je pense qu'il faut énumérer des craintes logiques et simples de la part de la population à l'égard de ce qui pourrait être constitué. Les gens ne veulent pas, du moins certains d'entre eux, ne veulent pas se dénuder et ne veulent pas non plus que l'on puisse aisément avoir accès à des informations sur des médicaments qui sont considérés comme relevant de traitements ou de maladies péjoratives, pour employer un mot doux. Personne n'est intéressé à ce que l'on sache qu'il reçoit des ordonnances de Prozac, d'AZT et d'autres. Ça, je pense que c'est élémentaire.

● (16 heures) ●

D'autres aussi vont se sentir prisonniers du système, et il faut les ménager. Prenons les personnes qui — surtout les adolescents — contractent une MTS et qui doivent, bien sûr, prendre des médicaments. Avant de passer au système public, ils vont y réfléchir. Et vous me permettez, par analogie, de prendre un exemple récent de ce Juge des tribunaux supérieurs de la Pennsylvanie qui vient d'être traduit devant les tribunaux, après 20 ans de pratique, pour avoir utilisé un subterfuge pour commander des valiums depuis ces années. Il a demandé à l'un de ses commis, un «clerk», d'aller et d'avoir des ordonnances à son nom pour aller chercher les médicaments en question parce qu'il craignait de voir son nom figurer dans le régime d'assurance public de cet État, auquel il était nécessairement affilié par ses fonctions. Donc, c'est un cas très précis d'un personnage qui a craint le système de par ses fonctions et de par les problèmes qu'il vivait. Et puis, bien, heureusement, là-dessus, je pense que nous sommes, et j'espère que nous allons le demeurer longtemps, à l'abri des campagnes d'inquisition menées, notamment en Grande-Bretagne, par les journaux «tabloïds», qui ne se gênent pas du tout pour sortir des chèques et obtenir des informations sur les hommes politiques et autres personnages publics, précisément dans les pharmacies. Pour le moment, c'est une crainte lointaine, mais elle doit être prise en considération parce que c'est précisément les exemples négatifs et pervers qui alimentent la crainte.

Alors, quant à répondre à la nécessité de la banque, il faudra sans doute y venir. Quant à la nécessité

d'informations et de renseignements nominatifs dans la banque elle-même, là aussi, il est difficile de comprendre le besoin exact. Si le projet doit être conduit à bon port, le projet d'une banque de données, est-ce qu'on ne devrait pas s'orienter vers deux types de banques: l'une qui reproduirait l'équivalent du FIB actuel, qui serait un dossier d'information, d'identité, et l'autre qui contiendrait des renseignements médicaux et pharmaceutiques, et qui, à ce moment-là, mériteraient des traitements différents? Et, à cet égard, je m'inspire de la législation adoptée en Colombie-Britannique, où les renseignements pharmaceutiques, les renseignements de posologie ne sont pas accessibles sur un mode nominatif, ni au ministère de la Santé ni aux chercheurs. Ce sont des renseignements dénominalisés. Seuls les pharmaciens ont accès directement à ces informations lorsqu'un patient se présente chez eux.

Il y a donc lieu de faire une réflexion à la fois sur la nécessité de la banque et sur la nécessité et la nature des renseignements qui devraient être versés à cette banque. Et c'est seulement lorsque cette réflexion est faite, sur la nécessité des renseignements, qu'on envisage la question de confidentialité. La confidentialité n'est pas le critère mais bien un moyen et une condition imposés par le législateur pour cueillir, conserver et utiliser des données une fois la preuve de la nécessité établie. Il y a donc deux niveaux qui rejoignent des préoccupations différentes et qui doivent, je pense, être abordés de façon différente par le législateur.

Avec ces préoccupations en tête, une chose, cependant, nous paraît fondamentale, et c'est celle-là qui justifie notre intervention de prévention: lorsque l'on s'attaquera aux problèmes de la conception du système, de la mise en place de la quincaillerie, de l'édification de la structure, il faudra dès le départ prendre des mesures, établir des mécanismes et des moyens qui vont, à ce stade-là, intégrer la protection des renseignements personnels, et non pas une fois que l'architecture sera en place, que tout sera décidé. Je pense qu'il est important de tenir cette précaution en mémoire en raison du principe même qui a été retenu pour cette entreprise, qui est celui du partenariat. Il y a là une dynamique nouvelle où, bien sûr, les joueurs, aussi bien du secteur public que du secteur privé, ont une connaissance des exigences du Code civil, les articles 37 à 40, et des deux lois sur la protection des renseignements personnels. Mais il faut traduire ça en réalité, et ce n'est pas évident. D'ailleurs, et je le signale avec satisfaction, presque tous les joueurs des consortiums qui ont fait des soumissions à la RAMQ nous ont, à des titres divers et de façons diverses, consultés au cours des dernières semaines pour avoir des explications sur le sens de la loi, sur la portée et ses exigences. C'est donc dire que, peu à peu, on a conscience de ce qu'impliquent la mise en oeuvre et le respect des droits fondamentaux des citoyens. Je pense qu'il faut insister sur la nécessaire prudence à ce stade de planification, parce que, par la suite, si on arrive à des problèmes et à des erreurs, on fera face à des coûts

considérables, à des problèmes de rattrapage, et aussi, ce qui est beaucoup plus important, on aura peut-être porté atteinte aux droits des citoyens.

En somme, si, comme on peut le déduire logiquement, la création d'une banque de données devait être une réalité, nous souhaitons — «nous» étant la Commission et non pas un «nous» de majesté — la Commission souhaite l'adoption, tout comme en Colombie-Britannique, d'une législation à cette fin qui permettra d'intégrer les préoccupations des citoyens et, bien sûr, les nécessités de l'entreprise. Cette loi devrait blinder — vous me pardonnerez l'expression — l'accès à cette banque de données. Là-dessus, nous nous fions à des exemples précis. Lorsque la banque de la Régie de l'assurance-maladie et de la Régie de l'assurance automobile ont été créées, dans cette Chambre, à l'Assemblée nationale, on avait assuré solennellement que jamais personne n'aurait accès à cette banque. Au fil des années, on compte au moins 15 dérogations adoptées par le législateur précisément pour donner accès.

On a vu récemment le Directeur général des élections, quelques mois seulement après l'entrée en vigueur du fichier des électeurs, réclamer de l'Assemblée nationale des mesures supplémentaires pour calmer la convoitise de ceux qui veulent avoir accès à ces listes. Alors, si on a accès, si on est intéressé par des listes qui comprennent le nom, l'adresse et l'âge, comment ne serait-on pas intéressé par des listes qui, elles, vont porter des renseignements beaucoup plus sensibles?

La loi en question, en s'inspirant du modèle britannique, devrait comporter pour les citoyens la possibilité d'avoir recours à un NIP ou à un autre instrument du genre qui leur permettrait d'être assurés que le pharmacien seul a accès au document, ce qui permettrait d'évacuer les craintes légitimes, les craintes légitimes de la police qui serait intéressée à consulter le dossier médical pour débusquer plus facilement des suspects, des employeurs qui voudraient avoir accès également au dossier, des assureurs qui, avec le consentement ou non, seraient intéressés à faire des inquiries. D'ailleurs, ce sont des problèmes avec lesquels la RAMQ doit vivre.

C'est pourquoi la Commission vous demande d'être un témoin constant et, au besoin, un intervenant actif si jamais le gouvernement et la RAMQ décidaient de créer ce fichier central. De cette façon, nous pourrions signaler les problèmes, proposer des aménagements et faire en sorte que cette banque dont une dimension — il faudra le prouver — semble nécessaire, donc que cette banque respecte les droits fondamentaux des citoyens. De cette façon, le projet s'inscrirait dans une tradition établie depuis le premier rapport Castonguay et qui a toujours accompagné les changements importants dans le domaine de la santé d'innovations intéressantes sur le plan juridique en vue de respecter les droits des citoyens, comme, par exemple, l'accès au dossier médical, où le Québec a été un pionnier dans le domaine, et la protection accrue des renseignements de santé qui ont été intégrés dans diverses moutures de la législation de la loi sur la santé.

Alors, la Commission comprend que le projet de loi ne vise pas, à ce moment-ci, la création d'une banque de données, mais, si tel devait être le cas, la Commission recommande une extrême prudence dans le respect des droits des citoyens qui rejoigne les hommes et les femmes dans ce qu'ils ont de plus intime, c'est-à-dire leur santé. Je vous remercie.

Le Président (M. Gaulin): Merci, M. le président de la Commission d'accès à l'information du Québec; je crois que votre déposition va entraîner un débat intéressant. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup, M. Comeau, de même que vos collègues, pour avoir pris le temps de venir nous rencontrer pour qu'on puisse bien s'assurer que tout ce qui regarde l'accès à l'information sera très bien balisé, parce que j'y attache aussi la plus grande importance et je partage avec vous ce désir de prendre une approche plutôt préventive à ce sujet que de risquer de se retrouver dans des situations où on aurait créé certains dommages à des gens ou contribué à créer des situations de fait qui seraient difficiles à corriger.

● (16 h 10) ●

Moi, je peux vous rassurer, et je suis content de voir que c'est aussi votre analyse du projet de loi, que, dans le projet de loi tel qu'il est conçu, pour le moment, la gestion du régime n'a pas du tout besoin d'identification des individus, n'a pas besoin d'un fichier nominatif et de renseignements cliniques pour permettre de gérer le régime quant à la prime, la franchise, la coassurance, et le reste. Et, même pour la mise en fonctionnement de la Revue d'utilisation des médicaments, encore là, les objectifs peuvent être atteints sans qu'on ait à identifier, bien sûr, les usagers, les patients et ni même les professionnels. Il s'agit de profils statistiques qui doivent être étudiés, d'une information globale qui doit être partagée entre les gens, mais il n'est pas du tout question présentement de penser à un fichier qui contienne des informations cliniques ou le dossier pharmacologique des gens qui sont couverts par le régime d'assurance.

Comme vous le dites, éventuellement, ça pourra sûrement être intéressant d'aller jusqu'à développer un fichier avec des informations cliniques, mais avec un objectif, vraiment, d'améliorer la qualité de services aux patients. Et on sait, par exemple, qu'il existe des logiciels d'aide à la décision présentement, autant pour le médecin que pour le pharmacien. L'accès au dossier au moment de préparer une prescription pour un patient ou au moment de donner et de remplir une prescription peut permettre d'avoir une information à jour et de s'assurer que les médicaments qui sont donnés sont vraiment adéquats compte tenu des conditions cliniques d'une personne et compte tenu de l'ensemble des médicaments qu'une personne a déjà pris ou prend présentement.

Mais, pour le moment, il n'est pas question de ça, on n'a pas besoin de ça pour mettre en place le

régime. Et, si on a à développer le fichier, je peux aussi vous assurer, de même que la population, que ça sera fait dans tout le respect des règles de l'art et en étroite collaboration avec la Commission d'accès à l'information. Et je pense qu'on peut — et j'aimerais peut-être avoir vos commentaires là-dessus — avoir confiance que, quand on en sera rendu là et s'il y a vraiment un consentement dans notre société qu'il y a des avantages auxquels je faisais référence, en termes de qualité de services et de précision de services qui peuvent être donnés aux gens, si les avantages valent la peine de développer ce fichier, que ce qui existe déjà — vous y avez fait référence à la fin de votre présentation — comme expérience et comme pratique dans le domaine de la santé, dans tout le réseau et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, où on a développé, au cours des 25 dernières années, toute une capacité de gérer des dossiers personnels avec de l'information très sensible, en respectant parfaitement la confidentialité... Et, à cet égard, si je ne m'abuse, la Loi sur l'assurance-maladie est même présentement plus restrictive que la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Et il y a et une réputation et une relation de confiance qui, je pense, s'est développée, et on a donc, premier élément, un réseau et une régie et une pratique qui nous permettent d'envisager éventuellement de voir si développer un fichier pourrait être utile.

Vous avez fait référence, d'ailleurs, je pense, à quelque chose qui témoigne de cette pratique et de cette culture qui ont été développées dans le domaine de la santé et des services sociaux quand vous avez donné l'exemple de l'appel d'offres qui a été fait tout récemment, où les critères qui étaient proposés à ceux qui voulaient faire des soumissions prévoyaient spécifiquement qu'on devait tenir compte de la confidentialité de l'information, ce qui a amené ces gens-là à communiquer avec vous pour être préparés à cet effet.

Et je signalerais aussi, en terminant et pour avoir aussi votre commentaire là-dessus, pour voir si c'est une bonne piste à suivre et si, sur la base de cette expérience, on peut être confiant qu'éventuellement on pourra explorer plus loin et continuer d'innover dans ce domaine-là, l'expérience plus récente qui s'est faite dans le comté de ma collègue, dans le comté de Rimouski, avec le développement de ce que l'on appelle communément la carte à puce, où il y avait, là aussi, toute une approche qui était très sensible quant à l'information. Et ce que je connais du projet et de son évaluation, c'est qu'on a travaillé de très près avec la Commission d'accès à l'information pour s'assurer qu'on développe le système, qu'on développe la puce qui permet de gérer les dossiers en protégeant complètement la confidentialité, et même en se donnant, par l'expérience, un outil, peut-être, avec cette carte à puce, qui nous aiderait à ce que le patient lui-même, l'utilisateur, ait vraiment le contrôle et soit dans une position pour devoir constamment donner son consentement pour qu'un professionnel, même un professionnel qui le traite, ait accès à une partie ou l'autre de son dossier.

Donc, je pense que je peux vous rassurer, que ce que vous visez comme objectif, on le partage à 100 %. Et vos commentaires sur jusqu'à quel point on peut y aller en confiance, là, quand le temps sera venu, sur la base de notre expérience, de la culture qui est développée et des instruments qu'on a peut-être commencé à se donner avec l'expérience de la carte à puce... Merci.

Le Président (M. Gaulin): M. le président Comeau.

M. Comeau (Paul-André): Je vous remercie. M. le Président, je vais reprendre deux points, donc, abordés par M. le ministre, et je le remercie des assurances qu'il formule à l'égard de nos recommandations.

Je voudrais revenir sur un point qui est, donc, la mise en place immédiate du système et l'établissement de transactions «on line», qui constitue évidemment un précédent. Et là, précisément, à la faveur de nos contacts avec les représentants des membres des consortiums, nous avons fait une découverte qui nous a laissés un peu songeurs. C'est-à-dire que nous avons découvert que des pharmaciens s'étaient équipés, ce qui était tout à leur honneur, de systèmes informatiques parfois de haute qualité, mais parfois avec des problèmes majeurs. Certains de ces systèmes informatiques sont d'une vulnérabilité remarquable et d'autres sont même configurés de façon à pouvoir faciliter le téléchargement la nuit. Il ne faut pas être un crack de l'informatique pour avoir accès à ces systèmes informatiques détenus par des officines particulières. Alors, si on met le système en réseau, là, il y a un problème immédiat, et c'est pourquoi, je pense, il faut s'y attaquer dès maintenant.

Dans certaines régions du Québec, on a découvert ces anomalies précisément à la suite du débat, dans le reste du pays, sur la vente systématique d'informations de profils médicamenteux par, précisément, cette technique de téléchargement la nuit. Alors, là, il y a, je pense, une réflexion à faire, et elle est immédiate, parce qu'il n'y a pas eu d'uniformisation. Et, là-dessus, il n'y a pas de pierre à jeter. Des vendeurs ont proposé des systèmes qui semblaient convenir, et la préoccupation n'était pas une préoccupation de sécurité, n'était pas une préoccupation de réseau, mais une préoccupation d'efficacité. Là il y a, je pense, une démarche à faire immédiatement pour, simplement, le branchement du réseau.

Vous avez évoqué, M. le ministre, également la piste à suivre en se basant sur les leçons de l'expérience de Rimouski. Effectivement, l'expérience de Rimouski, d'utilisation de carte à puce ou de «smart card», a été une expérience fascinante. Le rapport Castonguay y fait référence. Personnellement, je ne suis pas sûr d'avoir compris exactement le rôle que l'on voulait faire jouer à la carte. Elle pourrait, comme vous l'avez dit, tenir lieu de consentement explicite par la présentation de la carte, mais elle pourrait être utilisée de façon encore beaucoup plus rassurante et, à mon point de vue, efficace, c'est-à-dire

qu'elle pourrait contenir comme l'équivalent d'un dossier médical, les renseignements posologiques qui pourraient être confrontés avec la banque, précisément pour avoir les indications thérapeutiques, ce qui évite, à ce moment-là, de grossir un fichier central de renseignements personnels extrêmement sensibles. Je pense qu'il y a toute une démarche à faire, et, heureusement, l'expérience de Rimouski sera utile à tout le monde, y compris la Commission d'accès à l'information.

Mais, là, je vous avoue ne pas avoir très bien saisi le rôle que le rapport Castonguay voulait confier à cette carte-là. Mais c'est un instrument important, et d'ailleurs pas seulement dans le domaine de la santé. Vous savez que nos prochaines cartes de crédit seront des cartes à puce, donc, si les entreprises de crédit ont trouvé un intérêt, je pense qu'il y a une piste, comme vous dites, à explorer de façon sérieuse.

Le Président (M. Gaulin): Ça va, M. le ministre?

M. Rochon: Je vais juste faire le commentaire très bref, là, que je suis content que vous nous signaliez que l'appel d'offres, récemment, a permis d'identifier ce qui, potentiellement, pourrait être une situation qui pourrait présenter certains risques. Et, dans un sens, si on se donne un régime général, connaissant ce genre de situation, on se met vraiment en situation de pouvoir gérer et corriger cette situation, plutôt qu'un système qui est laissé complètement sans aucune supervision et aucun encadrement. Je prends bonne note.

Le Président (M. Gaulin): Merci. M. le porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

M. Marsan: Oui. D'abord, M. le Président, j'aimerais demander au ministre et au gouvernement si vous acceptez que le député de Jacques-Cartier puisse prendre la parole au cours de nos échanges. Je pense qu'il a un intérêt particulier dans le domaine.

M. Rochon: Avec grand plaisir.

Le Président (M. Gaulin): Très volontiers.

● (16 h 20) ●

M. Marsan: Je vous remercie. Alors, à mon tour de vous remercier bien sincèrement d'abord d'avoir accepté l'invitation...

M. Rochon: Ah! Ce n'est pas en échange de M. le député de...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: C'est parce que le député de Nelligan hésitait avant.

M. Marsan: Je comprends que c'était hors d'ordre, M. le Président.

Le Président (M. Gaulin): Vous pouvez continuer, M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Alors, M. le président, merci d'avoir accepté l'invitation de la commission et surtout merci pour la qualité de la présentation que vous nous faites et certaines mises en garde, je pense, qui vont sûrement nous être des plus utiles.

Je crois que, tout le monde, nous sommes intéressés à bien protéger nos concitoyens, et je crois que tout le monde est vraiment de bonne foi. Que ce soit les députés ou encore votre organisation, c'est l'objectif que nous cherchons. Où j'ai plus de difficultés avec la confiance sur la bonne foi, c'est avec les systèmes informatisés. Je ne pense pas qu'ils pratiquent la même bonne foi que nous, et j'aimerais vous entendre. Vous mentionnez dans votre mémoire que le citoyen pourrait se retrouver totalement démuné et soumis à l'arbitraire informatique. Comment peut-on être certain que, dans un système aussi élaboré que celui qu'on veut présenter, eh bien, il n'y aurait pas un expert informaticien, un crack — je pense que vous avez pris le terme — ou qu'il n'y aurait pas des erreurs humaines qui feraient qu'il pourrait y avoir des préjudices sérieux à nos concitoyens?

Le Président (M. Gaulin): M. le président.

M. Comeau (Paul-André): Je vous remercie. Alors, évidemment, les systèmes informatiques ont les qualités, et l'envers de leurs qualités, leurs défauts, c'est qu'ils sont d'une brutalité... Lorsque, par exemple, on apparie ou on matche des fichiers, on arrive à des décisions qui sont logiques mais qui peuvent être terriblement dangereuses. Et c'est pourquoi, dans notre avis qui vous a été transmis il y a quelques jours en ce qui concerne une disposition précise rattachant le projet au ministère du Revenu, nous avons recommandé la mise en pratique de ce qui n'est pas nouveau, c'est-à-dire l'un des principes américains du «fair information practice», c'est-à-dire que nous recommandons de façon très claire qu'aucune décision affectant les droits des individus, découlant du travail de l'ordinateur, ne sera prise sans que l'individu, d'abord, en soit informé et sans qu'il ait un délai pour réagir s'il y a une erreur, pour s'expliquer, etc. C'est une pratique que suivent nos voisins du Sud depuis maintenant près de 20 ans, et je pense qu'il faut la traduire étant donné l'ampleur du recours à l'informatique.

Il y a au Québec, comme partout ailleurs, des problèmes lorsqu'on compare et qu'on confronte des données, mais le problème est encore plus grand ne serait-ce que par la faible souche des noms propres des vieux habitants de ce pays. Alors, les erreurs sont nombreuses, et il faut, là-dessus, être prémunis et faire en sorte que les individus, surtout ceux qui se trouvent dans des situations précaires, à faibles revenus, en situation de chômage, etc., ne subissent pas les inconvénients de la brutalité de l'ordinateur. Alors, les principes du «fair

information practice» des États-Unis sont ce que j'appelle des principes d'humanisation de l'informatique, et je pense qu'il faut absolument en tenir compte, sinon on arrive à des situations dangereuses et des situations qui vont accroître la méfiance du citoyen, non pas seulement à l'égard de l'informatique, mais à l'égard de l'État et de l'administration publique. Moi, je pense, là, qu'il y a des mesures à prendre, et qui sont des mesures connues. On n'invente rien. Je vous dis, les Américains les ont lancées, ces mesures, depuis près de 20 ans maintenant.

Je ne sais pas si je réponds à votre question, M. le député.

M. Marsan: Oui. Je vous remercie.

Le Président (M. Gaulin): À vous la parole, M. le député de Jacques-Cartier.

M. Kelley: Merci beaucoup, M. le Président. Je veux dire le mot de bienvenue, et nous avons l'occasion de causer avec les représentants de la Commission d'accès à l'information. Je suis membre de la commission de la culture; alors, nous avons même discuté de ces dossiers il y a quatre semaines, au moment de la discussion du rapport annuel de la Commission d'accès à l'information.

Moi, il y a des choses que je trouve troublantes dans le mémoire que vous avez déposé, et ça découle du fait que... Le ministre ne sera pas en accord avec moi, mais je pense qu'on agit très rapidement. On a déjà pris la décision qu'il faut tout mettre ça en marche pour le 1er janvier 1997. Et, dans votre rapport annuel, vous avez parlé d'une grande crainte sur la banalisation de la protection des renseignements personnels.

Alors, je trouve l'avis que vous avez donné cet après-midi à la commission très intéressant, et il y a deux passages que je veux souligner. À la page 3, on fait la distinction entre le projet de loi comme tel et l'appel d'offres qui a été fait par la RAMQ. Et vous avez dit qu'il est clairement question de fichier central. Alors, il semble y avoir dans cet appel d'offres — je n'en ai pas pris connaissance — une certaine possibilité de créer un fichier central. Et, à la page 5, en conclusion, vous dites: «La mise en place du fichier pourrait s'avérer très lourde de conséquences pour chacun des citoyens du Québec. Il pourrait même institutionnaliser une intrusion permanente dans la vie privée de ces citoyens.» Alors, comme personne qui n'est pas un expert dans l'ordinateur, et tout ça, ce sont quand même des paroles très troublantes, et je trouve qu'on est en train d'adopter un système à grande vitesse pour mettre ça en place pour le 1er janvier, pour sauver 200 000 000 \$ au gouvernement.

Il y a peut-être un angle sur lequel j'aimerais vous entendre, c'est effectivement la question d'une chose qui est innovatrice ou différente dans le régime, c'est effectivement la notion de partenariat. Dans le passé, vous avez transigé avec la RAMQ; alors, c'était

une instance, la plupart du temps. Maintenant, il y aura le secteur privé, il y aura les compagnies d'assurances privées, il y aura tout le réseau des pharmaciens, si j'ai bien compris, qui auront un accès. Est-ce que vous, comme Commission, est-ce que le ministre, dans le projet de loi qui est devant nous, a assez d'outils pour assurer la protection des données ou est-ce que, à cause de ce volet innovateur du projet qui est devant nous, c'est-à-dire le partenariat avec beaucoup de joueurs dans le secteur privé, ou a besoin d'autres balises, peut-être d'autres protections pour les renseignements des personnes?

Le Président (M. Gaulin): M. le président Comeau.

M. Comeau (Paul-André): Je vous remercie, M. le député. D'abord, je tiens à répéter que nous avons cru nécessaire de faire cette démonstration et cet appel à la prudence en ce qui concerne la banque centrale de données, même s'il est impossible d'en déduire l'existence ou l'avènement dans le projet de loi. Mais, à la lecture du rapport Castonguay et de l'appel d'offres, ça nous semblait évident. Alors, nous avons voulu prévenir.

Là-dessus, il y a cependant une chose qui est différente de la situation d'il y a trois ans, lorsque le gouvernement avait étudié la possibilité de l'impartition, vous vous rappelez, l'impartition des fichiers de l'État. À ce moment-là, le législateur québécois n'avait pas adopté la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé. Il y a donc, à l'égard de la protection des citoyens, et aussi comme outil pour la Commission, une possibilité d'intervention qui n'existait pas. Mais, vous l'avez bien signalé, le partenariat crée une nouvelle situation, ce que j'ai appelé une dynamique nouvelle, où des gens habitués de transiger avec la loi et ses conséquences, comme les gens de la RAMQ, vont avoir comme répondeurs, comme partenaires, des gens du secteur privé qui sont liés par une certaine confidentialité commerciale — je pense que c'est les règles du jeu — mais qui devront s'adapter et adopter également les façons de fonctionner, les façons de faire pour respecter la législation.

Et c'est là où, au-delà des critères de sécurité, de l'encryptage de toutes les données, des «fire walls», enfin, toutes ces données classiques, presque, maintenant, il faut aussi développer une politique de confidentialité, d'éducation. Il va falloir que, dans les compagnies d'assurances, dans les pharmacies, on soit préoccupés. Par exemple, il est assez surprenant d'imaginer que beaucoup de pharmaciens transmettent leurs données, à l'intérieur de certaines chaînes, par des lignes téléphoniques normales. C'est, là aussi, de l'inconscience, et ce n'est pas la mauvaise volonté. On n'a jamais réfléchi à la facilité de «taper» une ligne et on transmet des dossiers à longueur de nuit de cette façon-là.

Il y a toute une réflexion à faire et il faut ne pas se limiter à la sécurité. C'est ce qui nous a un peu inquiétés. Actuellement, on pense, heureusement, beaucoup en

termes de sécurité, mais moins en termes de confidentialité. Et là il y a toute une démarche d'éducation. Il peut y avoir des engagements à signer, il peut y avoir même des cours à donner sur ces choses-là. Il y a toute une démarche nouvelle parce que le partenariat implique quelque chose d'inédit.

Je ne sais pas si je réponds à votre question, M. le député.

● (16 h 30) ●

M. Kelley: Non, non. Moi, je pense que c'est très important, surtout la notion de l'éducation, parce que la RAMQ avait un vécu de 20 ans, maintenant, de transiger avec la Commission... ou 15 ans, pardon. Alors, il y a une certaine culture qui s'est établie entre les organismes du gouvernement. Mais, moi, je regarde, vous avez mentionné ça dans vos remarques préliminaires, tout l'intérêt d'avoir l'achat des données sur les patterns d'achat des Québécois sur les médicaments, et tout ça. Ça, c'est d'un intérêt capital pour les grandes compagnies de pharmacie, mais ça risque, des fois, quand ces données commencent à circuler, de porter atteinte à la protection des données et à la vie privée des Québécois.

Alors, on aura l'occasion de reprendre cette discussion, j'imagine, à la commission de la culture, mais je veux souligner ça, parce que c'est l'élément nouveau. Les relations avec le RAMQ, c'est quelque chose qui est déjà fait, mais, quand je regarde le nombre de partenaires qui seront impliqués dans ce projet, et tout ça doit être en place pour le 1er janvier 1997, quand je lis votre avis, je demeure inquiet. Est-ce qu'on va être capables de tout canaliser, tout baliser ça à temps? Merci, M. le Président.

Le Président (M. Gaulin): Merci M. le député de Jacques-Cartier.

Alors, si je comprends bien, nous en sommes rendus aux conclusions. Je vais donner la parole au porte-parole et député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Moi, j'apprécie la qualité de votre présentation, et je voudrais peut-être revenir sur les craintes de mon collègue de Jacques-Cartier, parce que vous nous faites d'excellentes recommandations. Vous nous avisez où il peut y avoir des dangers, mais on est pressés par le temps. Il semble que ce soient des considérations financières qui font qu'on est très pressés. C'est possible que le projet soit adopté en toute vapeur. On commence la session intensive. Vous savez qu'on siège le jour, le soir, la nuit, et ma crainte serait que, à travers les recommandations que vous nous faites, il y ait des éléments qui nous échappent et qu'un tel projet de loi, au lieu de venir aider, en support, pour l'ensemble de nos concitoyens, bien, qu'on ait une difficulté suite à une adoption trop rapide. Je pense que c'est l'argument qu'on retient par rapport à ce que vous nous dites.

Quant à la protection que vous voulez donner à tous les citoyens, bien, vous êtes certains que vous trouvez sûrement, à tout le moins de ce côté-ci de

l'Assemblée, un support sine qua non. C'est certain qu'on va dans la même direction que vous.

Nous, nous allons donc être très attentifs, au moment où on va étudier article par article, pour que ce que vous nous déposez aujourd'hui, ça puisse être bien intégré dans le futur projet de loi.

Alors, encore une fois, merci pour la qualité de votre présentation.

Le Président (M. Gaulin): M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, moi, je voudrais rappeler, là, en conclusion, parce que mes collègues n'étaient peut-être pas tous là quand on a eu le début de nos échanges, que le projet de loi tel qu'il est... et, dans le cadre du projet de loi, l'appel d'offres qui a été fait ne vise absolument pas la mise en place d'un fichier avec accès à des données personnelles et des données confidentielles.

Je comprends, comme vous le dites dans votre mémoire et dans votre présentation, qu'ayant un système interactif qui permet la gestion d'un régime d'assurance, on a une structure qui nous permettra éventuellement de développer un fichier. On pourra le faire, mais, quand on en arrivera là, il faudra se donner, et on se donnera les moyens, comme on l'a toujours fait dans le passé, pour le développer correctement, en y prenant le temps. Mais la mise en opération du système pour le 1er janvier n'a pas besoin d'un fichier qui comprend le dossier des patients. C'est strictement une gestion administrative. Même les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments n'ont pas besoin d'identifier ni les patients ni même les professionnels. Alors, là-dessus, il y a une protection complète.

Et je redis l'assurance, à la population et à la Commission, qu'on va, comme on en a développé une pratique et une culture dans le domaine de la santé et des services sociaux, travailler en étroite collaboration avec la Commission, dont j'apprécie d'ailleurs la collaboration très importante qu'on a toujours eue de votre part, et maintenir ce travail conjoint pour que tout développement dans ce sens-là, s'il doit se faire, arrive dans son temps, qu'on a pris le temps de faire les débats nécessaires et l'examen nécessaire, prendre toutes les précautions, comme vous nous le dites, et qu'on s'assure qu'à mesure qu'on développe on le fait pour l'avantage, pour le bénéfice des gens qui reçoivent des services, et en balisant complètement tous les risques.

Alors, merci beaucoup, et aussi merci à l'avance pour ce que vous aurez encore à nous donner comme appui.

Le Président (M. Gaulin): Alors, au nom de la commission, je voudrais vous remercier, M. White, M. Ouimet et M. le président Comeau, ainsi qu'à la Commission d'accès à l'information du Québec, d'avoir témoigné devant nous.

J'inviterais maintenant la Coalition Solidarité Santé peut-être à s'approcher de la table.

(Consultation)

Le Président (M. Gaulin): À l'ordre, s'il vous plaît! C'est la fin de la pause détente.

Alors, bienvenue à la Coalition Solidarité Santé. Je demanderais à la représentante et aux représentants peut-être de se présenter. Vous avez 20 minutes pour nous faire votre déposition ou dépôt. Je vous salue, puisque nous prenons l'habitude de nous fréquenter.

Coalition Solidarité Santé

M. St-Georges (Claude): Oui. Alors, M. le Président, membres de la commission, M. le ministre, je vous présente Marie Pelchat. Mon nom est Claude St-Georges, nous sommes deux représentants de la Coalition.

C'est en effet la troisième fois en autant de semaines que nous déposons un mémoire à la commission. C'est beaucoup de pression, mais on ne va pas s'en plaindre. On voit que vous travaillez très fort de votre côté.

Alors, pour en venir au sujet, l'universalité du programme de médicaments a été souhaitée, il y a fort longtemps, par la commission Hall et la commission Castonguay. Ces commissions-là voyaient que notre dispositif de protection sociale en matière de santé devait comprendre les produits et services pharmaceutiques parce que ça faisait partie d'un régime complet et universel.

Le rapport Demers avait trouvé une bonne formule en disant: «Notre système de santé est une courtoise laissée inachevée, au milieu de laquelle l'absence de couverture des coûts de médicaments crée un trou béant.»

Alors, on se retrouve aujourd'hui, pas mal de temps après la commission Hall et la commission Castonguay, dans une situation où les dépenses en médicaments par personne sont, au Québec et au Canada, parmi les plus élevées au monde, à un niveau similaire à celui des États-Unis. Il est remarquable de constater que cette contre-performance pourrait ne pas être étrangère au fait que le Québec, le Canada et les États-Unis constituent le dernier groupe de pays à ne pas avoir de régime universel d'accès aux médicaments.

Le rapport Demers, que nous avons cité tantôt, pressait le gouvernement, justement, d'aller dans le sens d'un régime universel d'assurance-médicaments et demandait de s'assurer, dans ce processus-là, l'appui de la population.

● (16 h 40) ●

Le parti ministériel et le ministre lui-même, à diverses occasions, se sont engagés dans cette voie-là, de doter le Québec d'un régime universel d'assurance-médicaments. On parlait aussi de tenir un débat public, mais on a aussi mentionné qu'on devait abolir du même coup le ticket modérateur de 2 \$.

Malgré nos interventions auprès du ministre de la Santé et de M. Claude Castonguay, notre Coalition n'a

pu exposer sa vision du régime universel d'assurance-médicaments durant les travaux du comité mandaté par le ministre. Nous constatons que les assureurs et les fabricants de produits pharmaceutiques ont été très directement associés à la démarche du comité Castonguay, alors que des groupes légitimement concernés, comme les associations d'ainés, associations de consommateurs, organisations syndicales, en ont été exclus.

La conduite des travaux du comité Castonguay, le dépôt en catastrophe du projet de loi n° 33, l'annonce par le ministre des paramètres du régime, l'absence d'éclairage sur une alternative favorisant une plus grande prise en charge publique sont pour nous des illustrations à l'effet que le processus démocratique a été court-circuité. Les mouvements sociaux, les associations représentant les usagers consommateurs, les organisations syndicales n'ont pas été dans le coup, même si maintenant on les entend à la veille de l'adoption du projet de loi.

Nous sommes pourtant héritiers d'une longue tradition par laquelle les consensus en matière de services de santé et de services sociaux sont établis par des processus rigoureux, ouverts, démocratiques. On rappellera la commission Castonguay, la commission Rochon, les travaux entourant l'adoption de la nouvelle loi sur les services de santé en 1991. Toutes ces opérations-là se sont conformées à des critères de consultation et de participation qui, aujourd'hui, ne sont plus respectés.

Nous voulons exprimer notre frustration à l'égard du processus expéditif devant lequel se voient confrontés la population du Québec et divers organismes qui voudraient s'exprimer sur cette question qui relève du plus grand intérêt collectif. Nous commençons à peine à saisir les paramètres du projet gouvernemental, puis on a l'impression, à mesure qu'on se documente, de voir apparaître seulement le sommet du glacier.

Alors, c'est pour ça que nous demandons qu'un bilan soit fait des deux semaines d'audiences de la commission, qu'un nouveau document gouvernemental soit préparé illustrant d'autres hypothèses, dont celle de l'élargissement du régime public. De nouvelles audiences pourraient être tenues à l'été, conduisant au dépôt d'un nouveau projet de loi qui, souhaitons-le... On n'est pas d'avis d'un report dans le temps, sine die, mais peut-être à l'automne. Entre-temps, on devrait maintenir les caractéristiques du régime actuel.

Quant aux paramètres annoncés le 17 mai dernier, pour nous, ils ne sont pas acceptables. Nous partons d'une situation où il y a gratuité des médicaments pour les aînés à faibles revenus, pour les personnes assistées sociales, pour certains malades chroniques et pour certains porteurs de maladies transmissibles. Tous les adultes, dorénavant, y compris les plus pauvres, devront désormais contribuer jusqu'à 300 \$ par année. Nous nous objectons à ce recul.

Nous avons assisté, en 1992, à l'instauration du ticket de 2\$, alors que le groupe des aînés bénéficiait auparavant d'un accès gratuit aux médicaments. C'est vrai, on reconnaît que l'étude de Mme Rheault a démontré

que ce ticket-là n'a pas eu d'effets notables sur la consommation. On remarquera que c'est un ticket de 2 \$, un maximum de 100 \$, et que les plus démunis avaient toujours la gratuité.

Cependant, Mme Rheault elle-même, dans son travail, soulève qu'une tarification plus élevée aurait pu entraîner des effets plus importants au plan de la santé. Alors, il est très difficile de prédire quel serait le seuil de la tarification qui permettrait à la fois de réduire les coûts, de diminuer la consommation, et ce, sans affecter la santé. Alors, on est dans une zone où on doit aller avec une très grande prudence.

On peut en effet soutenir que le relèvement du ticket modérateur au moyen de l'introduction de franchise et de coassurance pour les personnes ayant déjà accès aux programmes de la Régie comporte un double risque, à la fois au plan de leur santé et celui d'un plus grand appauvrissement. C'est sans doute pour ces raisons que le comité Castonguay proposait notamment de maintenir l'accès gratuit pour les aînés recevant le maximum du supplément et pour les prestataires de la sécurité ayant une incapacité.

Nos trois rapports récents, Castonguay, Bouchard, Fortin, ont abordé avec beaucoup de prudence l'idée de demander une contribution aux personnes recevant de l'aide sociale, ça devait s'accompagner d'un relèvement des prestations.

Alors, on vous cite dans notre document plusieurs avis, recensements et littérature sur les effets dommageables des coassurances ou autres formes de ticket modérateur, que, souvent, on appelle une taxe sur la maladie. Alors, les paramètres annoncés par le ministre auront certainement un effet délétère pour les aînés à faibles ou à modestes revenus et pour les personnes recevant de l'aide de dernier recours.

Quant aux travailleurs et travailleuses à faibles revenus, la combinaison de la prime, de la franchise et de la coassurance pourra même contribuer à un plus grand appauvrissement, si l'on considère notamment que la prime, de plus de 176 \$, devrait être payée entièrement à partir de 15 000 \$, à peu près. Pour une personne dont le revenu se situe à moins de 20 000 \$, l'éventualité de déboursier jusqu'à 1 000 \$ pour les médicaments correspondra davantage à la notion dite de catastrophe.

C'est pour ça que nous recommandons... D'abord, nous voulons exprimer notre accord avec un élément de la proposition qui est qu'on ait accès sans frais à la consommation de médicaments pour les enfants et les étudiants. Quant aux autres citoyens, en aucun cas, la formule de contribution retenue devrait avoir pour effet d'appauvrir davantage les personnes déjà très démunies et de mettre à risque leur santé.

Nous sommes en faveur d'un régime sans discrimination, sans stigmatisation qui protégerait les personnes à plus faibles revenus. Comme règle à retenir, le régime devrait garantir l'accès sans frais à toute personne vivant sous le seuil de la pauvreté. C'est donc dire que l'accès sans frais pour l'utilisateur serait étendu à la

catégorie des travailleuses et travailleurs dont le revenu est sous le seuil de la pauvreté. Pour les autres citoyens, les combinaisons de contribution, prime, franchise, coassurance devront faire l'objet d'une réflexion plus approfondie, mais elles devront être établies en fonction d'une progressivité selon les revenus, c'est-à-dire avec un meilleur étalement que ce qu'on voit dans les paramètres déjà soumis.

Nous voulons nous objecter à la privatisation du régime en forçant le 1 200 000 personnes non assurées à se procurer une assurance chez un assureur privé. Le gouvernement fait une chose complètement inédite dans la société, il déléguerait une perception d'impôts à l'entreprise privée. L'État faciliterait, par ailleurs, le commerce de l'assurance en se chargeant de mesures punitives à l'endroit de citoyens qui seraient en difficulté de payer. Selon notre compréhension, le seul rôle des assureurs dans le régime individuel serait de percevoir la prime-impôt, puisque le reste des transactions se ferait entre le consommateur et le pharmacien, sous la gouverne du système interactif de la RAMQ.

Avec ce régime mixte, privé-public, les centres administratifs seront publiés et on créera une nouvelle industrie de la vente, du marketing, de publicité. On permettra le dégagement de profits, on ouvrira la porte à une nouvelle industrie d'assurance privée complémentaire — ce qu'aux États-Unis on appelle le Medigap — particulièrement à la suite de nouvelles désassurances — on les craint — et de rationnement de services, dans le cadre du virage ambulatoire ou encore à la faveur d'une révision à la baisse des services médicalement requis.

Des géants américains comme MetLife, associé à la Banque Nationale, et Caremark ont déjà mis le pied au Québec et risquent d'être les gagnants éventuels du mouvement de privatisation dans lequel nous sommes engagés à grande vitesse.

Il y a un phénomène des vases communicants que l'on observe: la diminution des dépenses publiques de santé se fait en parallèle avec une progression rapide des dépenses privées, et il n'y a pas de diminution des dépenses globales. Statistique Canada évalue à peu près à 6 %, 7 % la croissance des dépenses privées annuellement au Canada. Ça doit être semblable au Québec. Il y a un tableau des dépenses que nous vous soumettons pour illustrer un peu notre propos.

Alors, à ce moment-ci, il appartient au gouvernement, suite à sa promesse de tenir un débat public sur le régime universel d'assurance-médicaments, d'éclairer la discussion en documentant d'autres options que celles retenues par le comité Castonguay.

On s'étonne que l'hypothèse d'un élargissement de la couverture publique ne soit pas soumise à la discussion lorsque l'on constate l'efficacité de la gestion de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. En 1994, la RAMQ a administré un programme de dépenses de près de 3 500 000 000 \$, dont 75 000 000 \$ ont servi aux frais administratifs, soit à peine 2 %. Par comparaison, un relevé du *New York Times* constate que les frais pour

l'administration, la publicité et les profits des entreprises de gestion de services de santé varient entre 16,5 % et 27 %.

Pourquoi faut-il toujours rappeler que ce sont les services gérés par un payeur unique, les systèmes publics, qui sont les moins coûteux et les plus efficaces? On peut se demander aussi si un système dominé par l'entreprise privée a intérêt, au contraire d'un régime public, à contenir les coûts, puisque les primes sont ajustées d'année en année, que leur augmentation justifie la progression des bénéfices.

Même si, selon le projet de loi, les assureurs auront l'obligation d'accepter toute personne désirant acquérir une couverture individuelle, il n'en découle pas que cette règle empêchera les assureurs de procéder par voie d'écrémage — en anglais, on appelle ça du «cherry picking» — ou de faire de l'antiselection de clientèle. Des procédés de marketing pourraient viser des groupes de personnes ou des quartiers plus aisés, davantage portés à acheter des programmes supplémentaires, tandis qu'on éviterait des groupes ou quartiers plus intéressés par le régime de base ou réputés mauvais payeurs.

Alors, notre recommandation, c'est que le nouveau régime doit être conçu pour élargir la prise en charge publique. Nous recommandons notamment que les citoyens non assujettis à une assurance de groupe soient inscrits au régime général de la RAMQ.

Quant au financement du régime, nous sommes mal éclairés à l'heure présente sur les différentes hypothèses de financement; on a l'impression que le gouvernement ne désire pas les livrer publiquement.

• (16 h 50) •

Le financement du régime peut se faire par la combinaison de diverses sources: ça peut être les dépenses actuelles du fonds consolidé, ça pourrait être une taxe universelle sur la masse salariale, un impôt dédié, les franchises et coassurances, ça pourrait être une taxe particulière à la consommation, exemple, taxe sur les cigarettes, l'alcool, ce qu'on appelle en anglais les «sin taxes», ou on pourrait aussi faire pression sur le gouvernement fédéral pour que sa contribution soit à la hauteur de sa prétention de préserver le principe d'universalité et d'accessibilité des services de santé.

Ce qui importe au plan du résultat, c'est que le citoyen, à la fois comme contribuable et comme usager et consommateur, soit assuré que le compromis auquel on en arriverait garantit sa sécurité quant à l'accès aux médicaments et que l'efficacité et l'équité sont des principes fondamentaux recherchés.

Nous demandons que la réflexion sur le mode de financement souhaitable du régime public d'assurance-médicaments soit poursuivie. Toute étude gouvernementale existante devrait être rendue publique pour que le débat puisse amener à choisir entre divers scénarios. Nous pensons notamment qu'une taxe sur la masse salariale exigée des entreprises qui ne fournissent pas de couverture d'assurance à leurs employés et qui serait payée par l'employeur et l'employé serait une avenue à explorer.

Comme règle générale, nous préférons des modalités de financement de nature fiscale plutôt que des frais à la consommation, des tickets modérateurs, étant donné l'abondante littérature qui déconseille cette approche.

Un régime s'appuyant davantage sur des mécanismes fiscaux aurait l'avantage de simplifier la gestion du régime, notamment les passages entre les diverses conditions d'une personne au cours d'une année, selon qu'elle est aux études, au travail, en mise à pied ou prestataire d'assurance-chômage ou d'aide sociale.

Ce soir, vous allez recevoir la COPHAN, qui dira sans doute des choses très intéressantes à propos de la couverture pour les personnes ayant des incapacités. Alors, on vous souligne, dans notre recommandation, que pour aucune considération il devrait y avoir des reculs quant à leur situation.

On veut aussi — parce que le temps avance — parler de l'interface entre l'assurance-médicaments et les services pharmaceutiques en établissement. L'article 22, pour nous, est énigmatique parce qu'il traite des contributions qui, selon le cas, pourraient être payées à l'établissement. Nous nous demandons ce que cette mention annonce. Cela voudrait-il dire que, règle générale, les médicaments fournis dans les établissements autres que les hôpitaux, soit les centres de longue durée, les centres de réadaptation et les CLSC, seraient à charge de l'utilisateur de façon à ne se conformer que strictement à la loi canadienne sur la santé? Si c'était le cas, nous y verrions un recul supplémentaire. Il pourrait également s'agir de fausses économies, puisque l'on alourdirait le fonctionnement administratif, que l'on maintiendrait une zone de tension entre les établissements et le régime d'assurance-médicaments, le jeu des renvois de factures qu'on observe déjà. Nous sommes mal éclairés sur ces enjeux. C'est pour ça qu'on voudrait...

Bon, on pose des questions: Est-ce qu'on a pensé de mutualiser ces dépenses, les dépenses de médicaments des réseaux, et de trouver une façon non conflictuelle de régler l'interface entre les établissements et le régime d'assurance-médicaments? On pense aussi qu'on pourrait regarder un rôle important pour le pharmacien d'établissement, pour qu'il puisse continuer de jouer un rôle dans le suivi des patients hors de l'hôpital, entre autres, le rôle de pharmacien de liaison. On s'arrêtera à notre recommandation. Nous recommandons, à la page 10, que le régime ait notamment pour objectif de contribuer à la continuité des services et de fournir aux usagers et aux différents établissements du réseau le meilleur accès à des ressources multidisciplinaires afin de favoriser l'utilisation pertinente et optimale des médicaments.

Pour déterminer les meilleures modalités de l'interface entre les services pharmaceutiques en établissement et le régime d'assurance-médicaments, nous demandons que la réflexion soit poursuivie pour y apporter l'éclairage des réseaux d'établissements et des associations professionnelles concernées. Sans doute que certaines viendront ici vous en parler. Nous souhaitons

que les groupes représentant les usagers et les consommateurs soient aussi associés à ces réflexions.

On a abordé tantôt la question de l'informatisation. On vous signale que la régie de Montréal vient d'annoncer, ce matin, qu'elle veut mettre en place un réseau interactif de transmission de données informatiques, de données cliniques, et je pense que tout ça mis ensemble nous amène à agir de prudence et à suivre la voie qui a été proposée par la Commission d'accès à l'information.

On pense qu'il est même possible et probable que l'informatisation touchant l'utilisation des médicaments soit souhaitable. Il y a des avantages au plan administratif et au plan clinique, on le sait, mais les prudenances qu'on vous a suggérées tantôt nous amènent effectivement à vous suggérer de poursuivre la réflexion, et l'idée d'adopter une législation particulière pourrait être particulièrement intéressante.

On va s'arrêter là, parce qu'on a développé d'autres préoccupations quant au coût des médicaments, quant au recours aux médicaments. Très brièvement, on a le temps? Ce n'est pas mentionné dans notre mémoire, mais il y a certains articles sur lesquels nous voulons attirer votre attention, notamment l'article 51, qui traite du Conseil consultatif de pharmacologie. On parle de sa composition, à l'article 51, et on parle de nommer une personne au Comité consultatif après consultation des groupes représentatifs d'assureurs de personnes. On y voit le même biais qu'on a dénoncé tantôt et qu'il y a une place nécessaire pour les groupes représentant les consommateurs au Conseil consultatif de pharmacologie.

On a aussi, à l'article 55, sur les fonctions du Conseil, le deuxième alinéa, on dit: «Il a en outre pour fonction de faire au ministre des recommandations sur l'utilisation des médicaments et l'évolution des prix ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet dans le domaine de la pharmacologie.» On aimerait y voir apparaître la mention, «y compris l'utilisation des médicaments en vente libre», parce que les questions d'interaction médicamenteuses et aussi la surconsommation de médicaments en vente libre sont des problèmes qui sont déjà très documentés et qui sont d'intérêt lorsqu'on aborde globalement la question des médicaments.

Alors, on s'arrêtera là. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup.

M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup; pour des gens qui... Je comprends que les délais ont été un peu courts, mais vous avez quand même eu le temps de faire le tour et de bien comprendre le projet. Par les commentaires que vous en faites et l'analyse que vous en faites, vous vous êtes sûrement très bien approprié ce projet-là jusqu'à présent.

Vous faites des commentaires très intéressants. Il me semble que certains de ceux-là, par ailleurs, dépassent

peut-être un peu le cadre de ce qu'un régime d'assurance-médicaments peut faire. Et, à cet égard, il serait peut-être utile — on y pense, à la suite d'un certain nombre de commentaires qui nous sont faits depuis le début de la commission — de faire une référence plus directe, plus précise à ce qui est déjà prévu, c'est-à-dire d'avoir des mécanismes pour définir et faire évoluer une politique du médicament.

Le projet de loi, vu comme tel, sans se rappeler qu'il faut le voir évoluer dans le cadre d'une politique du médicament qui, au-delà des mécanismes qui sont prévus dans le projet de loi, c'est-à-dire le Conseil consultatif de pharmacologie, qui existe déjà, qui est déjà prévu dans la Loi sur l'assurance-maladie mais qui est transféré ici pour être bien intégré au nouveau régime, pour assurer la qualité des médicaments qui seront sur la liste et une liste qui va correspondre aux besoins des gens en termes d'accès aux médicaments... la révision de l'utilisation du médicament, un autre mécanisme de contrôle pour avoir une utilisation adéquate du médicament et aussi, indirectement, un contrôle sur les coûts en assurant une utilisation adéquate, au-delà de ça, il faut autre chose, il faut une politique du médicament. Mon sentiment était que des groupes comme le vôtre, qui ont vraiment une préoccupation et qui représentent aussi un large segment de la société québécoise, devraient plutôt être capables d'intervenir au niveau même de la politique du médicament et de ce qui détermine en amont le fonctionnement d'un régime très spécifique, qui vient régler une partie des problèmes mais qui ne peut pas tout régler.

Une première question: Est-ce que, si on évolue vers ça, on n'aurait pas une meilleure correspondance de ce que vous souhaitez plutôt qu'une représentation sur des parties du régime qui ont un rôle très, très, très technique et très pointu, qui va être contrôlé par les balises qui vont être définies dans une politique du médicament?

● (17 heures) ●

Deuxième élément que je voudrais souligner. Je comprends bien que ce que vous souhaiteriez comme régime idéal, ça serait vraiment un régime qui serait encore plus près des caractéristiques de notre régime d'assurance-santé, vraiment un régime public, universel, et encore plus généreux que ce qui est là. C'est quand même depuis deux ans qu'on travaille à ce projet, avec le comité Demers, les travaux faits par le ministère, discussions dans plusieurs endroits, les travaux du comité Castonguay. On avait le sentiment qu'on arrive à un point où on peut quand même franchir un premier pas très important qui, par rapport à la situation actuelle, apporte des améliorations énormes en assurant quand même un accès à tout le monde aux médicaments et dans certaines balises qui, même si elles ne sont pas encore idéales...

Encore une fois, par rapport à l'idéal, on a encore un bout de chemin à faire, mais, par rapport à la situation actuelle, on franchit un pas important. Les gens ont encore à payer, on fait une répartition qui nous

semble plus équitable du coût. Mais, comparativement à la situation actuelle, où il y a 1 100 000 personnes au Québec, qui sont beaucoup des gens qui ont des petits revenus, des travailleurs autonomes, qui ne peuvent pas avoir accès à un régime collectif et pour qui les régimes individuels sont hors prix, hors proportion, on franchit un pas quand même très important qui va améliorer la situation de pas mal de monde, et il n'y a rien qui empêche qu'on continue à l'améliorer puis à le faire évoluer, ce système-là.

Et ma deuxième question: Est-ce qu'il n'est pas préférable de le franchir, ce pas-là? Avec la commission puis le travail qu'on fait là, on peut bonifier un peu certains éléments de ce système-là, probablement, et, sur la base de ça, de le faire évoluer et de l'améliorer plutôt que d'attendre d'avoir à peu près le système idéal, les conditions pour le faire aussi, compte tenu du contexte économique actuel, et, pendant ce temps-là, si ça nous prend encore un an ou deux pour faire ça, bien, qu'on ait une situation de moins en moins gérable et de moins en moins équitable pour des gens qui ont besoin de médicaments, qui ont parfois besoin de médicaments très coûteux, et où on n'a plus de solutions. À peu près tous les mécanismes qu'on a craquent un peu. Si on attendait vraiment le système idéal, on ne risquerait pas que l'excellent devienne l'ennemi du bien, dans l'immédiat? Alors, je vais m'arrêter là pour le moment, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Pelchat ou M. St-Georges.

Mme Pelchat (Marie): Oui. Je pense que vous avez raison quand vous dites qu'on veut un système beaucoup plus proche de ce qui est actuellement. En fait, on tient énormément aux principes fondamentaux du système. Ils ne sont pas juste définis dans la loi canadienne pour savoir si le gouvernement fédéral doit sévir contre une province. Il nous semble que, quand on appelle ça des principes fondamentaux, comme la régie de Montréal l'a fait aussi, c'est parce qu'ils constituent les assises du système. Or, le cinquième principe qui est mis de l'avant dans la loi canadienne, c'est l'administration, ce qui signifie que les régimes publics doivent être administrés dans un caractère public à but non lucratif. Il nous semble que jamais la santé ne doit devenir source de profit. Ça, c'est une position historique de la Coalition. Je ne pense pas qu'on ait intérêt à la faire changer, surtout qu'une des grandes préoccupations de la Coalition au cours des dernières années a été la question du contrôle des coûts.

Or, dans un document préparé par votre ministère, M. Rochon, dans «Recension des options», on disait que, dans les avantages et les désavantages d'une caisse avec mécanismes de compétition — c'est ce que vous proposez — il y avait beaucoup de doutes sur la capacité des assureurs privés de contrôler les coûts. Or, nous, on se dit: Comme citoyens, on doit avoir le maximum de rentabilité sur l'investissement collectif qu'on fait. Or, il

nous semble que des marges bénéficiaires, des taux d'administration qui varient de 15 % à 17 %, sans, en plus, avoir de garanties sur le contrôle des coûts, là, ça commence à faire l'objet d'un glissement sérieux.

Quand vous dites qu'effectivement il y a 1 200 000 citoyens qui n'ont accès à aucune assurance actuellement, il nous semble que le régime que vous proposez constitue un recul pour 1 500 000, à peu près. Quand on parle des personnes âgées, il nous semble qu'on fait un recul pour à peu près 850 000 personnes dans cette catégorie-là. Et ça constitue aussi un recul pour les personnes assistées sociales. Il y en a, ça aussi, quelques centaines de milliers au Québec. Donc on dit: On ne peut pas avancer d'un pas et reculer de l'autre et se dire qu'on a amélioré la situation de façon notable.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci.

Mme Pelchat (Marie): D'ailleurs, je vous signalerais peut-être, en conclusion, que, même dans le document des assureurs privés, de novembre 1994, il y avait protection des personnes assistées sociales et des personnes âgées à faibles revenus.

M. Rochon: Peut-être juste... Je ne veux pas partir une argumentation là-dessus, mais apporter une certaine précision, quand même, quand vous dites que, pour 1 100 000 personnes qui ont une amélioration, il y en a 1 500 000 qui n'auront pas une amélioration. La différence qui est faite, c'est de ramener plus tout le monde en ôtant toutes les classes qu'on fait: des prestataires d'aide sociale aptes, inaptés, personnes âgées, et le reste. On prend tout le monde selon le revenu. Et, dans le régime qui est proposé là, des gens qui vont avoir en bas de l'échelle qui est proposée, c'est des gens qui n'auront pas de prime à payer. Pour la contribution qui est demandée, c'est exact de dire qu'il y a des prestataires de l'aide sociale, présentement, qui ne paient rien. Là, ils n'auront pas de prime, mais, s'ils utilisent des médicaments, pourront payer jusqu'à un plafond de 200 \$, comme pour les personnes âgées qui reçoivent le maximum de la sécurité du revenu.

Mais, en échange de ça, ça va permettre au régime, au gouvernement, de recycler 200 000 000 \$ pour baliser avec les petits revenus et compenser la prime pour des gens qui ont un tout petit revenu. De sorte qu'on va au moins corriger la situation actuelle où le médicament était désincitatif à des gens pour sortir de l'aide sociale et prendre un job. Si le revenu n'est pas très différent de la prime de sécurité du revenu qu'ils reçoivent, à ce moment-là, ça les ramène dans une situation encore pire. Alors, il y a une situation très inéquitable et pour les prestataires d'aide sociale et pour les gens qui sont à petits revenus. Alors, il y a toute une réutilisation de 200 000 000 \$, là. Au-delà de l'économie que le gouvernement fait, il y a un autre 200 000 000 \$ qui est recyclé complètement dans le système pour rendre un partage plus égal. Je veux souligner

que c'est quand même une amélioration du sort tout en protégeant toujours ceux qui sont en bas d'un certain revenu, que ce soient des personnes âgées ou les autres.

Dernier commentaire là-dessus. Quant à l'échelle, je comprends qu'on pourrait avoir une échelle d'un niveau plus élevé avec un système plus généreux, mais on s'est quand même aligné, comme vous le voyez, sur ce qui est l'échelle des besoins essentiels du régime d'impôts du Québec et qu'on a améliorée et bonifiée. Dans le régime des besoins essentiels, c'est de l'ordre de 8 000 \$, qui est le revenu de base d'un individu, on l'a monté à 10 400 \$ pour déjà apporter une certaine amélioration. Bien sûr, on pourrait rendre le régime encore plus généreux en faisant une économie moins grande, mais, à ce moment-là, il va falloir récupérer cette économie-là ailleurs dans le système de santé et de services sociaux, et là, en termes d'équité, vu de façon générale, on a d'autres problèmes.

Alors, je veux juste souligner ces points-là pour qu'on voie encore comment... L'objectif qu'on vise — et on va utiliser vos commentaires au maximum, là, et vos suggestions — c'est de faire un pas significatif, pour une grande majorité de gens, reconnaissant que ce ne sera pas la fin de l'histoire et que, dans les prochaines années, ayant réglé certains problèmes, s'étant sorti de la situation économique pénible dans laquelle on est, on sera en meilleure condition de pouvoir atteindre un jour, peut-être pas si loin qu'on pense dans le temps, le système idéal dont on peut rêver.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Est-ce que... C'est ce que j'ai pensé, à vous amener à donner un petit commentaire, et on procédera tout de suite avec le député de Robert-Baldwin.

M. St-Georges (Claude): Bien, c'est... Les barèmes en fonction des besoins essentiels, il faut remarquer que c'est plus faible que le seuil de pauvreté. Ça, c'est une première remarque que l'on fait. Et il me semble que, dans tout ce débat-là, il y a une espèce de tabou à parler de la gratuité. Alors, la gratuité, ce n'est pas la gratuité, c'est l'accès sans frais. Il n'y a rien de gratuit, on paie par nos impôts. Pourquoi la gratuité en régime hospitalier pour l'accès aux services médicaux est-elle une bonne chose et qu'elle ne pourrait pas l'être, en partie du moins, pour l'accès aux médicaments? Les derniers chiffres nous démontrent, très récents, que les États-Unis ont un PIB consacré à la santé de 13,7 %, alors qu'au Canada on est à 9,6 %. Cette efficience-là, dans le contexte nord-américain, est remarquable. Elle est due en bonne partie à la façon dont on a géré publiquement un système public. Or, il semble que la voie qu'on a choisie, c'est celle de la complexité et des frais administratifs, alors que toute l'efficience est démontrée du côté public.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député de Robert-Baldwin, porte-parole de l'opposition en matière de santé et de services sociaux.

M. Marsan: Merci, M. le Président. À mon tour de vous remercier. Nous apprécions toujours vos visites, et je pense que vous nous prouvez encore une fois... Vous avez, en peu de temps, présenté un mémoire de grande qualité. Nous avons des réserves importantes sur le projet de loi quant au fardeau que devront supporter les personnes âgées. Nous trouvons qu'on s'attaque d'une façon assez particulière au portefeuille des personnes âgées. On a trouvé, dans le projet, dans le rapport Castonguay, qui va payer, ce sont ceux qui consomment le plus, et ce sont les personnes âgées.

Tantôt, quand vous avez fait votre présentation, vous n'avez pas eu assez de temps pour nous parler de la situation économique des aînés et de leur consommation de médicaments. J'aimerais, si vous voulez nous éclairer, vous entendre sur cet aspect, sur la situation des aînés et leur consommation de médicaments. C'est à la page 15 du mémoire que j'ai pu avoir. Vous avez des statistiques qui sont, à mon avis, extrêmement éloquentes.

● (17 h 10) ●

Mme Pelchat (Marie): Ce qu'on désirait mettre en relief quand on parlait, tantôt, de la différence entre besoins essentiels et seuil de la pauvreté, c'est que — la proposition, si on l'a bien comprise, là, dans le délai qu'on avait — toutes les personnes âgées auraient à contribuer. Dans une première version, les personnes qui recevaient le supplément de revenu garanti en totalité étaient exemptées. Déjà, à 9 % des personnes âgées exemptées, on dit: Il y a beaucoup plus de personnes âgées qui sont pauvres. Il y a 80 % des aînés qui ont des revenus inférieurs à 20 000 \$ par année. Personne ne peut crier à la richesse, à 20 000 \$ par année.

D'autre part, ce qu'on constate, c'est que ce qu'on leur demandera est disproportionné, il est l'équivalent d'un régime catastrophe pour 80 % d'entre eux. Bon. Les personnes âgées consomment à peu près pour 750 \$ actuellement, là. Bon. Même si on les exempte de prime, de leur demander une contribution, une franchise, c'est beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député.

M. Marsan: Oui. Je pense que vous ajoutez un certain nombre de statistiques, là, qui sont quand même éloquentes sur la pauvreté, entre parenthèses, là, de certaines personnes âgées. Je pense que ça serait assez important, là, que les membres de cette commission puissent lire attentivement les pages 15 et 16 de votre mémoire.

L'autre difficulté que nous avons, et j'aimerais vous entendre, c'est qu'on essaie d'estimer combien ça va coûter à chacun des contribuables. On a eu la première version dans le rapport Castonguay, avec un certain nombre d'hypothèses. Nous avons eu le projet de loi, dans lequel on ne voit aucun coût en termes de prime, de franchise, on fait référence à un pouvoir de réglementation. Nous avons eu, cependant, un communiqué

de presse qui a donné un certain nombre de paramètres quant aux exemptions en fonction du revenu. Ce matin, le Regroupement des assureurs est venu nous voir pour nous dire certaines hypothèses qu'eux autres ont faites et l'appréciation qu'ils font, combien ça pourrait coûter. Je ne sais pas si, vous, vous avez été capables, avec vos recherches, de nous dire combien ça va coûter, mais nous sommes toujours à essayer de préciser combien, vraiment, un contribuable va payer pour ce régime-là.

M. St-Georges (Claude): On n'a pas, évidemment, toute la capacité de consulter des actuaires pour se faire une idée bien chiffrée des choses, mais ça nous apparaît... À la lecture, rapidement, de la situation d'un travailleur ou une travailleuse à faibles revenus, autour de 20 000 \$, le fait de devoir payer une prime, si elle vit seule, qui va aller autour de 200 \$ et de s'exposer à des dépenses de 750 \$ si elle a la malchance d'être malade, très malade — parce que, encore une fois, rappelons que les franchises et coassurances, on appelle ça, avec raison, une taxe sur la maladie — ça peut, pour une personne autour d'entre 15 000 \$ et 20 000 \$, représenter une dépense annuelle de 1 000 \$. Quelle sera la situation? Je n'ai pas fait les hypothèses pour une situation de famille qui a un revenu de 25 000 \$ à 30 000 \$, mais les montants m'apparaissent très, très importants.

Je pense que les 1 200 000 à qui on va offrir ce nouveau régime là ne seront pas tous très contents de la proposition qu'on leur fait. Même si, dans l'ensemble, on est en face d'une proposition pour couvrir tous les Québécois, la générosité du régime est-elle attrayante pour l'ensemble de la collectivité? Ce n'est pas évident.

Mme Pelchat (Marie): C'est aussi... Je compléterai en disant que c'est effectivement préoccupant de ne pas avoir de garanties sur le montant de prime, mais il est encore plus inquiétant de voir ce que sera cette prime dans quelques années. Parce que, par voie réglementaire, à la limite, il n'y a pas de débat public sur la chose. Et je reviens au document «Recension des options». On disait que la population va être beaucoup plus encline à accepter des hausses de cotisations sur son régime que des hausses d'impôts et que ça, aussi, nuirait au contrôle des coûts. Ça fait qu'il y a le niveau de prime maintenant, mais il y a le niveau de prime dans quelques années aussi qu'il faudra arriver à contrôler, à baliser sérieusement pour ne pas avoir d'explosion des coûts, là.

M. Marsan: Sûrement qu'on va vous rejoindre dans vos propos, parce que le projet de loi, tel que nous l'avons actuellement, ne contient aucune indication sur ce que sera vraiment le coût de la prime, de la franchise, etc. Nous aurons à voter sur un projet de loi, et j'espère que, l'ensemble des députés, nous accepterons que c'est important d'avoir cette information-là pour qu'on puisse vraiment se prononcer. Sans ça, on se prononce sur des textes qui, finalement, ne disent rien dans la réalité quotidienne des contribuables.

L'autre point. Je pense que c'est la première fois qu'une loi sur les services de santé et les services sociaux doit faire un amendement à la loi de l'impôt. Alors, si vous ne payez pas votre prime... Et on sait qu'il y a des adultes qui sont très près du seuil de pauvreté, juste de l'autre côté des exemptions prévues, par les communications que nous avons eues du ministre à travers un communiqué de presse. Ceux qui ne sont pas capables de la payer, la prime, et il va y en avoir, du monde qui ne sera pas capable, qu'est-ce qui va arriver dans la vraie vie? Qu'est-ce qu'ils vont faire, d'après vous autres?

M. St-Georges (Claude): C'est pour ça qu'on a abordé ça de façon un peu impressionniste, parce qu'on n'est pas un peu en face de toutes les options qu'on aurait pu examiner. Nous, on a pensé que, s'il y avait eu une taxe universelle sur la masse salariale dans les entreprises qui ne fournissent pas de couverture, peut-être que là on aurait pu dégager une façon de financer le régime sans qu'on ait à mettre en place un régime de perception très compliqué, avec toutes sortes de situations de délinquance justifiée, avec un système pénal qui vient en deuxième lieu, et la difficulté du passage d'une situation à l'autre. Que l'on soit, dans l'année, étudiant, assisté social ou travailleur à temps partiel, il y a...

Enfin, on voit plusieurs complexités dans la proposition, alors que peut-être qu'une approche fiscale plus simple... La proposition a été faite honnêtement à la population. C'est vrai que vous allez payer un peu plus d'impôts, un impôt dédié. C'est vrai que tous les employeurs et tous les employés devront contribuer, à leur travail, par une taxe sur la masse salariale, probablement, et qu'en même temps on aura fait tous les efforts pour contrôler le coût des médicaments, ce dont le ministre parlait tantôt, la politique du médicament. Ensemble, peut-être qu'on pourrait se payer un régime attrayant et que la population accepterait d'emblée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. J'aurais aimé passer un peu à travers tout votre mémoire, parce que je trouve qu'il y a des éléments très importants, très intéressants, dans à peu près la totalité de votre mémoire. Avant que je commence, vous avez indiqué à la première page, à la table des matières, que la liste des membres de la Coalition était annexée. Semble-t-il, les membres de la commission des affaires sociales n'ont pas cette annexe. Ça serait peut-être intéressant, à un moment donné, que vous la déposiez pour qu'on puisse prendre connaissance de l'ampleur de votre Coalition, qui vous représentez, etc. Je sais, par ailleurs, que vous représentez et des associations de consommateurs et des regroupements de personnes handicapées. À titre de porte-parole officiel de l'opposition dans ces deux domaines, votre mémoire m'intéresse au plus haut point.

Il me semble que, globalement, vous avez des critiques très sérieuses quant au projet de loi. On aurait

pu passer à travers. Les paramètres annoncés par le ministre sont inacceptables. On parle d'un appauvrissement potentiel des travailleurs et des travailleuses à faibles revenus. Le régime, comme tel, a fait passer... Le comité Castonguay a fait passer à l'avant-plan le bénéfice de l'entreprise privée au détriment du meilleur intérêt collectif. Ce sont des critiques assez fortes, je pense. Vous en avez une à l'égard des personnes handicapées. J'aimerais vous questionner un peu là-dessus tout de suite après.

● (17 h 20) ●

Mais le point que je voulais souligner avec vous, et peut-être vous entendre là-dessus, vous avez fait un calcul assez intéressant, quant à moi. On a eu des courbes d'assurances de la part du ministre, depuis le début, qui nous a indiqué à plusieurs reprises que, pour un régime collectif d'assurance, il faut mutualiser les risques, il faut mettre tout le monde à contribution. Oui, j'ai appris des choses grâce au ministre. Je vais me coucher moins naïeux après cette expérience. Mais le point que vous avez soulevé, c'est que, selon vos calculs, il y a à peu près 1 600 000 personnes qui, comparé au régime actuel, sont perdantes avec le nouveau régime, si j'ai bien compris: 850 000 personnes âgées qui sont exemptées, à moins qu'il y ait un maximum de 100 \$, elles vont être obligées, avec le système du ministre, de payer jusqu'à concurrence de 300 \$ par année; les 800 000 prestataires de la sécurité du revenu, qui reçoivent leurs médicaments, pas gratuitement parce que ce n'est jamais gratuit, mais, à cause de notre système actuel, qui ne paient pas pour les médicaments. Ça fait 1 600 000 perdants pour assurer 1 200 000 personnes qui, on le reconnaît tous, n'ont pas d'assurances et qui en ont besoin. Mais, si vous avez des critiques tellement sévères, comment auriez-vous procédé, vous, pour assurer les 1 200 000 qui, on s'entend tous, ont besoin d'avoir accès aux médicaments?

Mme Pelchat (Marie): En tout cas, il nous semble évident qu'il ne faut pas déshabiller Jacques pour habiller Paul, hein. Ça, c'est le premier principe. Le deuxième, je pense qu'on est, oui, prêts à se questionner sur la capacité de payer, mais, à un moment donné, il faut aussi se poser des questions sur: Pourquoi les coffres de l'État sont vides? Il y a des chants qui disaient: Si, moi, je n'ai plus d'argent, si mon boss n'a plus d'argent, si mon gouvernement n'a plus d'argent, coudon, c'est qui l'a? Un jour, il va falloir qu'il y ait quelqu'un dans ce Parlement-là qui se la pose, cette question-là. Bien, ça, c'est un élément de réponse...

M. Copeman: Ce n'est pas moi, en tout cas, madame, je peux vous assurer...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Pelchat (Marie): Donc, le biais fiscal est un des éléments. L'autre élément, c'est — on le dit quelque part, on le dit, mais peut-être pas — quand on

parle de plus de progressivité. Oui, il y a des aînés qui ont des revenus décents et qui pourraient contribuer. Pour nous, le principe d'équité mis de l'avant dans le rapport Demers, il nous est particulièrement cher. Et, à cet égard-là, on pense que, si on avait plus de progressivité, à un moment donné, on pourrait éviter de déshabiller Jacques pour habiller Paul, comme je disais tantôt.

M. Copeman: O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Une petite dernière, M. le député?

M. Copeman: Oui. À la page 8, vous faites une constatation que je trouve assez importante. Vous dites qu'il faut mettre l'arrivée du ticket modérateur avec les compressions annoncées au programme des aides techniques, les coupures à l'aide sociale, et se demander si nous ne sommes pas devant la perspective d'une dégradation très sérieuse des conditions de vie des personnes handicapées. Il me semble que c'est une constatation significative, et j'aimerais peut-être que vous nous expliquiez ça un tout petit peu plus.

M. St-Georges (Claude): On vous fait mention de ça, pour avoir parlé avec des gens de la COPHAN, pour aussi mettre en lien les compressions à l'aide sociale, de lire les crédits, où on fait des compressions au programme des aides techniques, ce qu'on apprend aussi dans la proposition des paramètres, où tout le monde va contribuer 300 \$. On est obligés de mettre ça ensemble et être très, très inquiets sur, effectivement, la dégradation possible, et même probablement déjà observable, des conditions de vie des personnes handicapées. Et je pense bien que, ce soir, ils vont pouvoir vous en parler de façon éloquente, c'est une préoccupation qu'on a effectivement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député pourrait sûrement revenir ce soir, avec la COPHAN, sur cette question-là.

M. Copeman: J'ai l'intention, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'en suis convaincu. M. le député de Robert-Baldwin, vous êtes prêt à conclure?

M. Marsan: Oui. Merci à nouveau à nos invités. Merci pour la qualité des échanges que nous avons eus, merci aussi pour la qualité du mémoire extrêmement poussé, avec des bonnes statistiques, sur lequel on pourra, nous, étudier le projet article par article. Sans reprendre toutes les recommandations, bien, on retient quand même et on s'entend sur le fait qu'on ne connaît pas les coûts, actuellement, dans le projet de loi et que, nous, comme députés, on aura à voter sur un projet dont on ne connaît pas le coût. Et ça, c'est grave, parce que, dans ce projet-là, il y a 15 pouvoirs de réglementation

qui sont transférés. Et, au moment où on va terminer nos travaux, je crois que la date limite, c'est le 21 juin, eh bien, quelque part autour du 1er juillet, le Parlement ne siègera pas, les députés vont être retournés soit dans leur comté ou en vacances, eh bien, là le couperet va s'abattre sur la population et c'est là que les gens vont apprendre combien ça va leur coûter vraiment. C'est pour ça que c'est important qu'on sache dès aujourd'hui combien ça va coûter, ce régime-là.

L'autre point avec lequel on est sûrement d'accord, c'est l'attaque en règle sur les personnes aînées et ceux qui reçoivent ou bénéficient de la sécurité du revenu. Eh bien, vous mentionnez qu'il y a beaucoup trop de perdants. Vous mentionnez aussi qu'on pourrait peut-être avoir une espèce de progressivité beaucoup plus échelonnée qui permettrait d'atteindre l'équité sociale qui est prévue dans le rapport Demers, pas dans le rapport actuel. Et, nous, nous serions d'accord vraiment avec vous et avec le gouvernement s'il n'y avait pas, dans ce projet-là, la récupération de 200 000 000 \$ à 300 000 000 \$ qui est prévue au budget de cette année. Qu'on utilise donc ces argents-là pour partir le système pour qu'on puisse avoir un système qui a de l'allure. Notre premier objectif serait d'abord d'assurer les 1 000 000 et plus de personnes qui en ont besoin et de maintenir certains acquis pour nos personnes aînées et ceux qui ont la sécurité du revenu. Encore une fois, un gros merci pour la qualité de votre présentation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. Avant de permettre au ministre de conclure, je voudrais souligner, pour l'information des membres de la commission, mais particulièrement pour celles et ceux qui assistent, que, malheureusement, on ne peut vous offrir une meilleure salle parce que toutes les salles sont occupées. J'ai fait vérifier, même, pour ce soir, si on pouvait échanger. Là, on essaie actuellement de changer de salle au moins pour mardi prochain, mais, malheureusement... On vous invite quand même à rester puis à revenir ce soir...

M. Copeman: Pour lundi prochain?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mardi. Lundi.

M. Copeman: Lundi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Lundi, je m'excuse. Pour lundi prochain, mais, pour aujourd'hui, cet après-midi et ce soir, malheureusement, on est obligés de continuer comme ça. Mais on aime ça vous avoir, on aime ça que vous soyez là.

M. le ministre, si vous voulez conclure.

M. Rochon: Oui. Merci, M. le Président. Premier point, en concluant. Je dois vous dire que je prends bonne note, et je peux donner quand même l'assurance que le contexte dans lequel va évoluer un tel régime,

quand on l'aura adopté, va être celui d'une politique du médicament et des mécanismes qui vont assurer un contrôle. La loi prévoit déjà que, pour toute l'assurance par prime individuelle, par exemple, les paramètres sont contrôlés par la loi et les règlements et par le gouvernement. Je prends bonne note de vos inquiétudes là-dessus et du souci qu'on devra avoir pour être sûrs que ce système-là reste contrôlé publiquement quant à ses paramètres et ses balises, reconnaissant que, dans la formule actuelle, on va faire d'une autre façon en ayant un partenariat mixte, privé-public, pour la gestion du médicament. Mais ça ne voudra pas dire, dans ce système-là, et ça, j'en suis très conscient, il ne faut pas que ça veuille dire une privatisation. C'est très loin de ça.

Il y a une réalité où 4 500 000 personnes sont assurées par des assureurs privés qui acceptent, dans un régime comme ça, de voir ce qu'ils font présentement, purement sur le marché libre, en pleine concurrence, de maintenir la concurrence, mais dans un cadre légal qui va être déterminé pour assurer à tout le monde un régime identique sur des paramètres qui seront contrôlés par le régime. Donc, ce n'est pas encore, je reconnais, l'idéal du système complètement privé, comme vous le voyez, mais c'est quand même un pas dans cette direction-là.

Deuxième point. Si vous me permettez, je veux quand même rappeler, là, pour que l'information que nos échanges amènent ne risque pas de créer plus de confusion... On a parlé des personnes âgées. Il faut bien dire que... Ce qu'on connaît présentement, on connaît l'utilisation que font les personnes âgées du médicament parce qu'elles sont couvertes par le régime public et qu'on a la banque de données. On sait que les personnes âgées consomment en moyenne à peu près 680 \$ de médicaments par année, et le régime va en payer 245 \$ là-dessus. Les personnes âgées auront à payer 245 \$, les deux tiers du coût. Tout le reste va être assumé par le régime. Et le 9 % des gens, dont vous parliez, des personnes âgées qui ont le maximum du revenu garanti, n'auront aucune prime à payer et auront un plafond à 300 \$. Ils ne dépenseront pas plus que 300 \$ durant l'année. Le 40 % des personnes âgées, en plus, qui ont le supplément partiel du revenu garanti n'auront pas de prime à payer et auront un plafond à 500 \$.

Alors, c'est quand même des balises assez importantes qui seront, pour ces gens-là, dépendant de ce qu'ils consomment de médicaments, peut-être plus qu'ils font actuellement, mais cette contribution de plus qu'on leur demande, croyons-nous ajustée, quand même, et avec un plafond, va nous permettre de recycler 200 000 000 \$ pour aller couvrir des gens qui n'ont aucune couverture présentement. Donc, juste pour rappeler que c'est loin encore de l'idéal, mais qu'il y a vraiment un pas, je pense, important par rapport à la situation actuelle.

● (17 h 30) ●

Troisième commentaire: la prime. Je prends bonne note de vos inquiétudes, et ça, ça en est une qu'on a depuis le début, de s'assurer que le contrôle de la prime... Dans tout le contrôle des paramètres, celui

de la prime sera très important. C'est prévu. Maintenant, il n'y a pas de système sans avantages et inconvénients. Une prime, par rapport à la fiscalité générale, a peut-être certains inconvénients mais a l'avantage d'une plus grande transparence et impose au régime une plus grande rigueur de gestion, parce qu'on sait combien on paie pour le médicament et on peut mieux évaluer l'efficacité de ce que l'on a comme service qui est assuré à la population pour ce qui est payé. C'est tout ça. Et, dans la fiscalité générale, le coût réel du système est moins transparent. C'est quand même un avantage sur lequel on pourra tabler. Et il n'est pas dit qu'avec le contrôle de l'utilisation du médicament, qu'avec un meilleur contrôle du coût du médicament dans l'ensemble, il n'est pas dit qu'après quelques années l'évolution de la prime ne pourrait pas être non seulement stabilisée, mais elle pourrait même baisser. Ce n'est pas impossible, ça aussi, mais en obligeant à une plus grande rigueur et transparence. Il faut craindre l'autre côté, mais il faut penser que la bonne version est possible aussi.

En terminant, ma dernière remarque. Le régime public, moi, je peux vous dire que je peux être d'accord avec vous qu'idéalement ça aurait pu et ça sera peut-être éventuellement la solution. Mais, malheureusement, on n'est pas dans les années soixante-dix, où on développait; là, présentement, et on est limité dans ce qu'on peut faire. On a un gouvernement qui a comme tâche — et qui a l'appui de ses partenaires socioéconomiques pour le faire — de régler notre problème de déficit d'ici l'an 2000 et de commencer à régler notre problème de dette. C'est d'abord ça qu'on a. Et, dans cette situation-là, avec une économie de 200 000 000 \$ qui va nous permettre de sauver d'autres choses dans notre système de santé... Parce que, si on ne la fait pas là, on va aller la faire ailleurs; il faut qu'on sorte de la situation du déficit où on est, il faut qu'on commence à contrôler notre dette. Autrement, on ne pourra même pas se payer un système comme ça. Alors, dans cette situation-là, de pouvoir faire ce pas et de quand même se donner un système qui améliore beaucoup, qui est un système d'assurance, de protection et qui amène une meilleure équité, même si c'est loin de l'idéal, je veux juste qu'on se rappelle que c'est peut-être un pas important de réussir à le faire dans le contexte budgétaire actuel. Parce qu'on pourrait être dans une situation où on ne pourrait rien faire avant l'an 2000, si on n'avait pas une approche de ce genre-là.

Maintenant, en concluant... Ah oui! Puis le rapport de ça et des employeurs, c'est le même problème. Avec l'effort budgétaire qui est demandé à tout le monde présentement, demander plus à tout le monde, y compris aux employeurs, à un moment donné, on franchit le point où on travaille contre la création d'emplois, si la charge devient trop forte aussi de ce côté-là. Et on pense qu'on est rendus à cette limite-là présentement, pour les prochaines années, tant qu'on ne sera pas sortis, là, de la situation où on est.

Mais, ceci dit, je veux vous remercier parce que vous nous mettez la barre très haute, et je l'apprécie. Et

on a déjà travaillé avec vous, on s'est rencontrés à quelques reprises dans les dernières années, je sais que vous allez nous talonner. Et, ça aussi, je l'apprécie, parce qu'on a besoin de ça, puis on va accepter ce que vous allez nous donner comme défis puis, dans quelques années, bien, on pourra peut-être faire un autre pas important. Alors, ne nous lâchez pas. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Pelchat et M. St-Georges, en parlant de barre très haute, vous en êtes à votre troisième visite à notre commission, et on peut dire qu'effectivement vous nous mettez la barre très haute à chaque fois. On l'apprécie beaucoup. Merci beaucoup.

Et j'invite maintenant les gens de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires à se préparer... À l'ordre, s'il vous plaît! La journée est longue. Comment ça va être ce soir!

Alors, je vous invite à présenter les gens qui vous accompagnent, ceux qui auront à adresser la parole, pour que l'enregistrement soit bien fait, et je vous souhaite la bienvenue.

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Gagnon (Claude): M. le Président, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, membres de la commission des affaires sociales, permettez-moi d'abord de vous présenter les membres qui m'accompagnent à la table. À ma droite, M. Paul Fernet, premier vice-président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, Me Denis Laberge, porte-parole à la négociation; à ma gauche, M. Normand Cadieux, directeur général de l'Association, ainsi que M. Daniel Larouche, économiste-conseil à l'Association; moi-même, Claude Gagnon, président de l'Association.

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires est heureuse de pouvoir partager avec vous son point de vue sur le présent projet de loi n° 33 ayant pour but la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments pour le bénéfice des Québécois et Québécoises. L'AQPP et ses membres tiennent à remercier la commission du temps qui lui est consacré pour exprimer ses plus vives préoccupations au sujet d'un certain nombre de dispositions contenues au projet de loi. Sans plus tarder, j'invite M. Paul Fernet à nous faire la présentation de notre mémoire.

M. Fernet (Paul): M. le Président, le projet de loi sur l'assurance-médicaments a pour but d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Les pharmaciens communautaires souscrivent pleinement aux objectifs fondamentaux du nouveau régime, à savoir l'équité dans les conditions d'accès aux produits et services pharmaceutiques et l'utilisation optimale des médicaments.

L'AQPP est cependant d'avis que les moyens choisis par le gouvernement pour atteindre ces objectifs menacent certains acquis du régime actuel. À première vue, le système proposé ne comporte que des avantages: les personnes non assurées seront couvertes par un régime de base grâce à la participation des assureurs privés; la couverture de base serait équitable car elle s'appliquerait au bénéfice de tous les Québécois; enfin, le fardeau financier est réparti entre tous les citoyens en fonction de leur capacité de payer.

● (17 h 40) ●

Cependant, le projet de loi prévoit l'application des tarifs d'honoraires négociés entre le gouvernement et les pharmaciens communautaires à l'ensemble des services professionnels rendus par les pharmaciens dans le secteur privé. En effet, l'article 92 du projet de loi prévoit que, pour l'application du régime général d'assurance-médicaments, l'entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec lie également les assureurs de personnes et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux visés par cette loi.

Ainsi, les pharmaciens communautaires ne seront plus à même de contrôler les composantes économiques de l'exercice de leur profession. Le gouvernement sera en mesure de contrôler de façon absolue le coût d'acquisition du médicament, le prix de vente du médicament et le montant des honoraires professionnels des pharmaciens. Par voie de conséquence, le gouvernement procédera ainsi à la mise en place d'un régime dont la résultante est à toutes fins pratiques une étatisation de la pharmacie québécoise.

Afin de permettre aux membres de la commission de bien suivre notre propos, permettez-moi une présentation sommaire de la situation actuelle. L'économie de la pharmacie communautaire est divisée en deux secteurs: d'une part, le régime public et, d'autre part, le secteur privé. Le régime public, qui couvre actuellement les bénéficiaires de l'assistance sociale et les personnes âgées de 65 ans et plus, représente environ 45 % des prescriptions médicales exécutées par les pharmaciens et leur procure environ le tiers de leurs revenus professionnels. Les honoraires du régime public sont fixés à la suite d'une négociation, par le biais d'une entente, laquelle doit recevoir la confirmation par le gouvernement. Le secteur privé, pour sa part, est régi par les forces du marché. Les pharmaciens proposent des honoraires qui varient d'une pharmacie à l'autre et qui varient également chez un même pharmacien, en fonction principalement du coût des médicaments ainsi qu'en fonction des stratégies économiques de ce dernier. Les assureurs privés occupent une bonne part de ce marché en assurant environ 75 % des services dispensés dans ce secteur.

Afin de vous éviter une revue fastidieuse de chiffres, nous avons prévu à notre mémoire une description plus détaillée de l'économie générale de la pharmacie communautaire. Il importe cependant de retenir que la rémunération des pharmaciens n'est responsable que d'une infime partie de l'augmentation du coût des

programmes, et ce, pour l'ensemble des consommateurs, qu'ils soient pris en charge par le régime public ou par le secteur privé.

Depuis un très grand nombre d'années, le système actuel a fait ses preuves: les honoraires des pharmaciens sont parmi les moins chers au Canada; le réseau des pharmacies communautaires dessert adéquatement toutes les régions du Québec; les heures d'ouverture sont étendues et les pharmaciens offrent leurs services pour la plus grande commodité des patients; l'accès au pharmacien communautaire est direct, rapide, sans file d'attente. De fait, le pharmacien est le professionnel de la santé le plus accessible de tout le réseau de la santé. En bref, le système fonctionne très bien.

Nous sommes convaincus que l'efficacité du système tient à la flexibilité qu'ont possédée les pharmaciens de s'adapter aux changements, tant au plan professionnel qu'économique. Ce système repose sur le libre marché. Le marché a toujours permis aux pharmaciens de s'ajuster en fonction de leur propre réalité économique; ce marché fournit aux pharmaciens un incitatif constant vers la recherche d'une plus grande efficacité; ce marché compétitif est un facteur d'équité pour les patients dans la mesure où il favorise le meilleur rapport qualité-prix. Le secteur privé a toujours été et demeure un précieux témoin servant de point de repère pour l'établissement des niveaux d'honoraires au secteur public; enfin, le marché, tel qu'il existe, a permis que l'adaptation aux changements qui se sont produits dans l'environnement de la pharmacie se fasse de façon progressive, sans heurt et sans virage brusque.

Pour régler le problème d'une minorité non assurée, le gouvernement propose la réingénierie du système actuel et d'abolir le libre marché. Pour faire image, je dirais que nous sommes en train de jeter le bébé avec l'eau du bain. En imposant l'application des tarifs d'honoraires négociés à l'ensemble de la population, le projet de loi risque de rendre la dispensation des services pharmaceutiques inefficace et incompatible avec la réalité de la pharmacie communautaire au Québec. L'AQPP est d'avis que l'objectif du gouvernement, soit d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes, peut être atteint avec un système qui capitalise sur l'acquis, et notamment sur la souplesse et l'efficacité démontrées du marché.

Un tel système s'articulerait comme suit. Comme dans le projet de loi actuel, l'État définirait une couverture de base, les assureurs n'auraient pas le droit de refuser cette couverture de base à un citoyen, quelle que soit sa condition, et tous les citoyens seraient dans l'obligation de se procurer au moins cette couverture de base. De même, l'État couvrirait les personnes dont le statut socioéconomique le justifierait à ses yeux. Par contre, les assureurs pourraient se faire concurrence, même sur la prime, en ne proposant cependant aux citoyens qu'une seule prime, sans distinction quant à l'âge, au sexe ou à l'état de santé de leurs futurs assurés. De même, les pharmaciens pourraient se faire concurrence en maintenant la

pratique des honoraires dits usuels et coutumiers, cette formule ayant démontré ses nombreux avantages, et ce, pour le plus grand bénéfice des citoyens du Québec. Dans un tel système, chaque partenaire social joue son rôle. Les assureurs vendent de l'assurance et les pharmaciens offrent leurs services dans un contexte concurrentiel, de sorte que les citoyens reçoivent les services et la couverture qu'ils recherchent, et ce, au meilleur prix possible. M. le Président, l'AQPP a la conviction profonde que le maintien d'un véritable secteur privé, animé par le libre marché, serait, à terme, bénéfique pour tous les Québécois.

Ceci étant dit, les pharmaciens sont conscients qu'ils ne sont pas la commission des affaires sociales, qu'ils ne sont pas le gouvernement et encore moins l'Assemblée nationale. Si le présent projet de loi doit se réaliser dans son économie fondamentale, nous sommes d'avis que le régime québécois d'assurance-médicaments risque de rapidement devenir dysfonctionnel et inefficace. Certaines modifications significatives doivent être apportées à la loi.

La perspective d'une vie de sous-traitant ne sourit guère aux pharmaciens propriétaires, lesquels ont dû investir temps, efforts, risques et capitaux pour doter le Québec d'un réseau très important et ainsi offrir les services de première qualité auxquels a droit la population du Québec. Une estimation très conservatrice a établi à plusieurs centaines de millions de dollars l'investissement collectif des pharmaciens dans leurs officines. Nous n'entendons pas ici, M. le Président, reprendre chacune des modifications proposées en notre mémoire, mais plutôt attirer votre attention, ainsi qu'aux autres membres de la commission, sur trois points en particulier qui nous semblent fondamentaux afin de restaurer indirectement certaines fonctions du marché.

Le premier de ces points concerne la négociation. Comme nous l'avons vu, le projet de loi a pour effet d'entraîner l'application des tarifs d'honoraires négociés entre le gouvernement et les pharmaciens communautaires à l'ensemble des services professionnels rendus par les pharmaciens dans le secteur privé. Les pharmaciens du Québec sont d'avis qu'un tel pouvoir est injustifié. En effet, le régime envisagé par le projet de loi crée un rapport de force inéquitable entre, d'une part, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les assureurs et, d'autre part, les pharmaciens communautaires. Les préoccupations fondamentales de chacune de ces parties risquent de conduire les négociations à un cul-de-sac. De fait, l'histoire des relations de travail au Québec a maintes fois démontré que la centralisation du rapport de force dégénère fréquemment en conflits dont la population du Québec fait les frais.

Les pharmaciens veulent à tout prix éviter pareil scénario. Nous sommes d'avis que le projet de loi devrait prévoir non seulement un mécanisme de négociations tel que nous le connaissons, mais aussi un mécanisme d'arbitrage vers lequel les parties pourraient se tourner en cas d'impasse dans les négociations. Cette instance décisionnelle aurait pour mission de statuer sur

les éléments litigieux de l'entente, et ses décisions obligeraient les pharmaciens propriétaires ainsi que les assureurs et l'État.

Le second point porte sur la tarification des services. Quel que soit l'univers économique et réglementaire que créera la loi dans sa version définitive, il devrait être devenu évident pour nous tous que la tarification des services pharmaceutiques devra être significativement plus complexe qu'elle ne l'a été par le passé. Par le truchement de grilles d'honoraires ou de frais d'administration, la rémunération des services professionnels et des coûts associés devra refléter adéquatement la réalité économique extrêmement variée des pharmaciens. Autrement, les effets néfastes de l'honoraire unique auront tôt fait de se manifester.

● (17 h 50) ●

L'introduction d'une composante frais d'administration qui varierait notamment en fonction du coût des médicaments apparaît à l'AQPP comme un outil indispensable pour conserver à la rémunération un minimum de souplesse et de capacité d'adaptation. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'une telle composante existe dans la plupart des autres provinces canadiennes et la raison également pour laquelle le secteur privé opère de façon très générale en prenant en compte de tels frais d'administration. L'AQPP recommande donc que le premier alinéa de l'article 8 du projet de loi soit modifié pour que la fin de cet alinéa se lise comme suit: «fournis par un pharmacien, selon le tarif et les frais d'administration prévus à une entente visée à l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie.»

Le dernier point touche à la question des services assurés. Le projet de loi prévoit un important pouvoir réglementaire quant à la définition des services assurés par le régime général de base. L'article 76, paragraphe 2°, précise que le gouvernement peut prendre des règlements pour déterminer les services requis au point de vue pharmaceutique et pour prescrire la fréquence à laquelle certains de ces services doivent être rendus. Il nous apparaît, M. le Président, que, malgré la grande expertise sur laquelle peut s'appuyer le gouvernement dans ces différents services, il ne convient pas de lui confier la détermination de ce qui est bon, souhaitable ou requis par l'état de santé de ses citoyens.

Par contre, l'État doit, bien sûr, déterminer sa participation financière et l'étendue des couvertures de base à la population. À ce jour, les idées les plus novatrices quant à la détermination des nouveaux modes de rémunération affectés à des actes professionnels ont vu le jour au sein même des tables de négociation. Bien plus, ce pouvoir réglementaire a parfois constitué un frein à la mise en place de nouveaux actes qui auraient pu amener des économies pour le régime de santé du Québec. C'est pourquoi l'AQPP recommande que l'on retire le deuxième paragraphe de l'article 76 du projet de loi sur l'assurance-médicaments.

Et, en dernier lieu, nous sommes d'avis que les actes pharmaceutiques, par exemple l'opinion pharmaceutique, devraient dorénavant s'appliquer au plus grand

bénéfice de l'ensemble des citoyens du Québec, et donc tant au régime public qu'au secteur privé.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci.

M. Fernet (Paul): Si vous permettez, une brève conclusion, M. le Président.

Nous avons parlé haut et fort à cette commission, car le projet de loi risque de modifier radicalement l'avenir des pharmaciens communautaires du Québec. Il soulève de grandes inquiétudes chez nos membres, qui ont continuellement investi dans leurs officines et assuré les risques inhérents. Il nous semble, de plus, que le temps mis à la disposition des différents partenaires concernés est bien faible lorsqu'on le compare à l'importance des enjeux et des changements proposés dans le projet de loi. En pareille matière, soit la santé des citoyens du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires n'entend pas adopter un discours corporatiste. Soyez assurés que nous collaborerons avec franchise et intégrité à la mise en place du futur régime d'assurance-médicaments du Québec. Cependant, les pharmaciens seront extrêmement vigilants. Il faut que ce régime dont les fondements reposent sur l'équité considère ses partenaires pharmaciens avec cette même équité. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le ministre.

M. Rochon: Je vous remercie, M. le Président. Je vous remercie beaucoup pour votre mémoire et votre présentation et tout le travail que, je sais, vous avez dû investir pour entrevoir les réajustements avec un régime d'assurance-médicaments. On va revenir sur deux points, surtout, que vous avez soulignés: la question de la façon de déterminer les honoraires des pharmaciens et le mécanisme d'arbitrage que vous proposez.

Honnêtement, je pense que je dois vous dire que je ne pense pas qu'on puisse sérieusement penser à régler avec un mécanisme d'arbitrage. Je pense que, de toute façon, dans les relations de travail, pour ce qui regarde la partie salariale et monétaire, ce n'est plus quelque chose qui se fait vraiment. Il y a soit un employeur, un gouvernement qui a un mandat, qui est imputable vis-à-vis de la population pour la gestion et qui doit finalement gérer. Et je ne pense pas qu'on puisse demander de prendre une décision de ce genre-là, qui est très près de la gestion des fonds publics, à un arbitre. Il n'y a pas de mandat, vraiment, pour ça.

Par contre, il ne me semble pas qu'on devrait voir le mécanisme de négociation, même s'il va y avoir, comme vous dites, nécessairement un rapport de force qui s'établit, de façon négative quant à nos relations dans l'avenir. Bon. D'abord, évidemment, on dit que la bonne foi se présume. Je pense que tout système de négociations doit s'aborder et se faire de bonne foi entre les parties. Et est-ce qu'il ne serait pas exact de dire que la situation des pharmaciens va devenir, à cet égard, un

peu semblable, un peu pas mal semblable à celle des médecins, qui, depuis 25 ans, ont développé un régime de négociation qui est même un régime de négociation à peu près permanent où, par cycles de trois ans, on a vraiment une négociation plus en profondeur des ententes-cadres, on en convient, et des principaux éléments d'une entente, mais de façon régulière, à chaque fois que se présente un problème? Surtout dans un contexte évolutif très rapide, on renégocie et on fait les ajustements, toujours. Et ça a permis d'établir un système, je pense, où la bonne foi des deux parties a développé un système très harmonieux. Et les relations, même en négociations, entre les deux fédérations médicales et le gouvernement sont très, très bonnes, et c'est vraiment devenu une autre forme de partenariat.

Alors, j'aimerais peut-être que vous réagissiez à ça, parce que, moi, je peux vous dire qu'on aborde ça dans une attitude... bien au contraire, pas dans une attitude pour écraser les pharmaciens, mais pour faire avec vous comme on travaille avec les médecins, pour prendre un exemple, et pour trouver les moyens de s'entendre. Et, s'il y a bonne foi des deux parties, il n'y a pas de raison qu'on ne s'entende pas.

M. Laberge (Denis): M. le Président...

M. Rochon: Deuxièmement...

M. Laberge (Denis): Pardon. Excusez-moi.

M. Rochon: Je vais vous poser mes deux questions tout de suite, peut-être. Non?

M. Laberge (Denis): J'allais répondre à votre question, mais...

M. Rochon: Vous aurez tout le temps après. Je pose mes deux questions et je vous laisse aller.

M. Laberge (Denis): Excusez-moi.

M. Rochon: Pour qu'on partage mieux correctement le temps, pour ne pas qu'on prenne un débat là-dessus.

Bon. La deuxième. Quand vous parlez de la tarification, qui amène l'identification d'honoraires et d'une composante technique ou professionnelle et d'une composante administrative en honoraires, ça aussi, moi, je reconnais qu'il faut, dans le rôle que jouera le pharmacien, qu'il y ait une partie qui rémunère le service professionnel et que, dans la façon dont travaille le pharmacien, il y ait une partie des coûts qu'il doit assumer dont on doit tenir compte. Mais, encore là, si on prend l'exemple, quitte à faire des ajustements, je ne dis pas que c'est identique, mais il y a certaines similitudes aussi avec les médecins qui travaillent dans leur cabinet. Il y a un élément de composante de coûts et d'organisation du service dont on tient compte en négociations, ça aussi.

Alors, ça permet de faire un système où, pour le client, une fois qu'on a convenu d'un tarif d'honoraires, on a un système qui est équitable pour tous les clients. Et tout le monde sait qu'il y a eu une entente entre le gouvernement et les représentants des pharmaciens, qu'on a tenu compte des différentes composantes, et là, jusqu'à la prochaine négociation, on fonctionne comme ça plutôt que de laisser une partie d'honoraires qui deviendrait négociable entre le pharmacien et le client; ça fait une disproportion dans un système comme ça. Mais, encore là, est-ce qu'on ne peut pas penser que, si on a développé 25 ans d'expertise à gérer ce genre de situation, ça ne devrait pas marcher aussi dans votre cas?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y.

M. Laberge (Denis): Oui. M. le Président, concernant le mécanisme d'arbitrage, écoutez, les pharmaciens ont eu un usage de négociations avec le ministère de la Santé, avec le gouvernement, depuis 1972, finalement, mais ont toujours négocié pour la partie secteur public, en quelque sorte. Mais, là, l'État prend sous son aile ou sous sa couverture l'ensemble de la pratique pharmaceutique, l'ensemble des honoraires. Alors, à ce moment-là... Bon. Je m'excuse, M. le Président. Je m'excuse, M. Rochon...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Un problème de consultation.

M. Laberge (Denis): Voici. Alors, sur le plan, donc, de la négociation, je disais donc que l'État, tant qu'on ne négociait que le secteur public, bon, on avait un système de référence avec le secteur privé où on pouvait réaliser des études économiques, et tout ça, et avoir des critères de référence. Là, ça n'existe plus. Alors, voyant le projet de loi, voyant que l'État prend sous sa responsabilité de négocier pour les assureurs et négocier tout le secteur privé pour les assureurs, alors, on se trouve bien petits.

● (18 heures) ●

Alors, il y a une réunion de deux groupes importants. On voit qu'il y a des comités de formés avec les assureurs, et tout ça, et, nous, on n'a pas été vraiment consultés, sauf aujourd'hui. On voit que, finalement, on se trouve un peu David contre Goliath. Alors, est-ce que nous aurons les capacités de négocier avec l'État pour les assureurs? Vous savez, les assureurs, on les connaît, on négocie avec eux depuis, je dirais, 15 à 20 ans, eux aussi, parce qu'on a des ententes avec eux. Alors, on sait comment ces gens-là travaillent aussi. Alors, on est très inquiets face à ça. On se dit: On est un peu au pied de la montagne. Comment on va s'en tirer? On songe, on essaie de voir s'il n'y a pas un mécanisme possible.

Écoutez, on lance un arbitrage. Vous savez, l'arbitrage a dénoué bien des conflits au Québec. Bon, chez les policiers, chez les pompiers. Quand, quelque part, il n'y a pas moyen de régler l'affaire, on réussit

parfois à la régler... Alors, on avance cette idée-là, mais, ce qu'on veut vous dire, c'est qu'on a besoin d'un mécanisme qui nous donne des garanties autres que... Oui, on est tous de bonne foi, mais, là, vous bouleverserez le régime. Dans cinq ans, on va négocier comment? Avec qui? On est très inquiets par rapport à ça. Alors, je pense que l'État, on pourrait prévoir une mécanique, là, qui doit décider quelque part, pour qu'on ne se trouve pas pris avec... où l'État serait obligé de décréter, par exemple, les honoraires.

M. Rochon: On peut faire... On va en discuter de toute façon, de ça, c'est sûr. Mais je ne pense pas qu'on puisse demander à l'État, ce qu'il ne fait avec personne, d'être dans une situation où des décisions sur le monétaire, sur le salarial, de ce que ça va coûter, avec l'argent des taxes du monde, vont être décrétées par un arbitre. Je pense que la population n'accepterait pas ça. Un arbitre, peut-être une médiation, un arbitrage sur certains conflits peut être utile, je le reconnais, et je ne l'exclus pas sur d'autres parties, mais, quand l'État est responsable de rendre compte de la façon dont il dépense l'argent du public — puis ça, c'est une des façons — on ne peut pas remettre à un arbitre, il faut qu'on trouve le moyen de s'entendre. Il faut qu'il y ait de la bonne foi et qu'on trouve le moyen de s'entendre.

Ce qui est votre meilleure garantie, dans un sens, c'est qu'on a des intérêts communs. L'État n'a aucun intérêt, bien au contraire, à démolir et à faire... même à endommager, d'aucune façon, le réseau des pharmacies au Québec. Au contraire, l'intérêt du gouvernement, de tout le réseau de la santé, et des dettes consolidées, est même de l'améliorer, ce réseau-là. Surtout si l'État prend des responsabilités de s'engager, dans un régime qu'on rend général à tout le monde, pour que le régime fonctionne bien, le rôle de distributeur que vous remplissez est essentiel. Alors, l'État a un intérêt et une obligation de trouver le moyen de s'entendre avec vous autres. Et je pense que, là, vous avez peut-être la meilleure garantie que vous puissiez trouver. On n'est pas dans une situation où l'État pourrait agir comme une espèce de monopole et puis se foutre de vous autres et dire: Si ça ne marche pas avec eux, on s'arrangera avec d'autres, puis on va les sortir du marché. Ce n'est pas possible. Vous êtes là, puis on est des partenaires nécessaires là-dedans.

Alors, moi, je suis très intéressé. Il faut qu'on trouve un mécanisme; on l'a trouvé avec d'autres. L'État est devenu un employeur qui a appris à négocier, sans les écraser, avec ces gens, et vous allez voir que vous allez trouver très vite, à l'exemple des autres professionnels qui négocient avec le gouvernement, des mécanismes qui vont établir un rapport de force correct. Alors, ça, je suis d'accord là-dessus, qu'il faut qu'on établisse une relation, dans des mécanismes de rapport de force bien équilibrés, et que, si ce n'est pas ça, ça ne marchera pas. Mais les intérêts conjoints, communs qu'on a nous donnent déjà une très bonne base pour ça. Et si, pour certains autres éléments, il faut penser à

certain mécanismes autres, je suis très ouvert à ça. Je ne voudrais pas laisser une ambiguïté où on pourrait penser que, sur l'élément salarial... Il faut qu'on trouve le moyen de s'entendre, il faut qu'on présume de la bonne foi. Et puis, l'exemple qu'on a avec d'autres, je pense, peut nous donner confiance qu'on va trouver le moyen.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. M. le député de Robert-Baldwin. Ah! il y avait une autre réponse.

M. Larouche (Daniel): Il y avait une réponse à la... M. Rochon, à la deuxième question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y.

M. Larouche (Daniel): C'est pour la tarification. Il y a deux différences fondamentales entre les pharmaciens et les médecins. La première, c'est que, vous le savez encore mieux que moi, dans la nomenclature des services que les médecins négocient, il y a quelques milliers d'actes qui ont tous des tarifs différents. Ces milliers d'actes-là sont, en fait, une façon implicite de caractériser l'activité qu'ils font. En d'autres termes, au bout du compte, si on parle de radiologie, dans les services de radiologie, bien, forcément, on rémunère l'infrastructure requise pour faire de la radiologie. Dans d'autres services, on rémunère aussi les coûts économiques. Donc, en distinguant des services et en regroupant les médecins par spécialités, même si le tarif est le même pour tous les médecins, la combinaison des services, d'un médecin à l'autre et d'une spécialité à l'autre, va faire en sorte qu'implicitement les différences d'infrastructure et les différences de coûts seront prises en compte.

Or, pour décrire, dans le fond, toute l'activité professionnelle très variée d'un pharmacien — d'ailleurs, tantôt je vous avais parlé de distributeur, je pense que ça n'a pas été un mot très apprécié derrière moi...

M. Rochon: Je m'excuse, je reprenais le langage du jargon avec les économistes...

M. Larouche (Daniel): Vous preniez le langage que vous utilisez tous les jours, j'imagine.

M. Rochon: Oui, oui. Mais, quand on dit aux docteurs: Vous êtes les prescripteurs, ils n'aiment pas ça non plus. Je m'excuse pour ça.

M. Larouche (Daniel): Mais on ne dit pas ça aux docteurs. Justement, ils ont une réalité professionnelle qui est beaucoup plus riche que ça. Or, pour décrire toute cette réalité professionnelle et économique, qui est beaucoup plus riche et variée que ce qu'on pense, il y a un service qu'on appelle exécution d'une ordonnance, exécution d'une ordonnance qui se paie au même tarif s'il s'agit d'une pharmacie à grande surface en milieu

urbain ou d'une petite pharmacie de clinique en région périphérique. Et, même bien gérées, deux pharmacies efficaces de format différent vont avoir des coûts différents. Première différence.

Deuxième différence, c'est que, dans le cas du programme que vous proposez, il y a des choses comme une franchise et une coassurance. C'est des réalités qu'on ne retrouve pas encore en assurance-maladie. Donc, il n'y a pas de payeur unique, il y a plusieurs payeurs, et chaque citoyen est un payeur. Et il est important que chacun de ces payeurs-là soit traité équitablement pour la portion qu'il paie de sa poche. Or, ce n'est pas vrai qu'une ordonnance dont le prix coûtant est de 10 \$ coûte la même chose à exécuter qu'une ordonnance dont le prix coûtant est de 100 \$. Ce n'est pas vrai, mais vous allez traiter le citoyen comme si c'était vrai. Vous allez dire au citoyen: Toi, tu consommes des médicaments qui ne sont pas chers, mais ce n'est pas grave, je vais te charger aussi cher en honoraires que le citoyen qui coûte plus cher parce que ses médicaments sont plus coûteux.

Donc, vous allez créer des biais dans le système. Vous allez créer des distorsions dans le système qui n'affecteront pas seulement les pharmaciens, mais qui vont aussi affecter les citoyens. Les citoyens, on les fait déjà contribuer par le biais d'une prime d'assurance. C'est le principe de l'assurance que les consommateurs sont financés par les non-consommateurs, on s'entend là-dessus. Mais vous allez faire en sorte qu'ils vont payer une deuxième prime implicite lorsque les consommateurs de médicaments pas chers vont, dans les faits, par le biais de l'honoraire égal, subventionner les autres. Donc, vous avez une subvention implicite qui s'ajoute à la prime qui est une subvention explicite. Donc, c'est inéquitable pour le citoyen.

M. Rochon: Mais, ce que vous proposez, vous, c'est que la partie administrative soit décidée et chargée par le pharmacien lui-même, pour chacun de ses clients?

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire que, dans le cas où les gens sont dans la franchise, il y a une foule de citoyens qui vont toujours payer leurs médicaments de leur poche, là, ceux qui consomment moins de 100 \$ par année, si c'est le chiffre qui est adopté. Bon. Bien, c'est forcément le pharmacien qui va le charger, là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Enfin. Merci, M. le Président, et merci à nos invités d'avoir accepté cette invitation de la commission, surtout assez à la dernière minute.

Vous nous donnez tout de suite, d'emblée, un éclairage vraiment nouveau, et je pense que, toute notre formation, on l'apprécie beaucoup. Mais je pense qu'il ne faut pas avoir peur des mots et il faut clarifier aussi la situation.

Je prends à la page 5, vous dites: «Malheureusement, s'il était mis en place — en parlant du système

d'assurance-médicaments — le système étatique prévu par ce projet de loi déséquilibrerait sans ambages l'économie du secteur de la pharmacie communautaire, sans que les citoyens du Québec soient avantagés pour autant, bien au contraire.»

Vous continuez en disant que ça va modifier radicalement l'avenir des pharmacies, qu'il y a des grandes inquiétudes chez les pharmaciens propriétaires, qui ont depuis longtemps, je pense, investi dans leur officine, assumé différents risques. «Il se verrait — dans le nouveau régime — dicter par l'État ses prix d'approvisionnement et ses prix de vente, alors que sa pratique serait soumise à une surveillance constante — et vous ajoutez — en temps réel, de la part de fonctionnaires de la RAMQ.» Et vous finissez en disant que c'est une forme de projet d'étatisation déguisée.

La question que je veux vous poser, c'est: Avec le nouveau régime, ça va être quoi, l'autonomie des membres? Et est-ce qu'on n'est pas en train d'assister — puis je l'apprends — à une véritable forme de nationalisation des pharmacies communautaires?

• (18 h 10) •

M. Gagnon (Claude): Dans la perception qu'on en a eue, au premier abord, c'est la première réaction qu'on a eue, effectivement, et c'est pour ça qu'on a tenu à le souligner. C'est aussi pour ça qu'on a tenu à souligner au ministre, M. le Président, l'importance que revêt pour les pharmaciens d'avoir des garanties pour assurer une certaine continuité de l'efficacité des services que l'on donne actuellement dans nos pharmacies. Il est évident que n'importe quelle profession, quelle qu'elle soit, pour survivre et pour donner des soins de qualité, doit être capable de se rentabiliser. Dans les garanties minimales, ce que l'on demande au gouvernement dans ce projet de loi, c'est de donner aux pharmaciens l'assurance qu'ils auront ces garanties. Je pense que si nous obtenons ces garanties dans un projet de loi, tel qu'il est proposé actuellement au gouvernement, nous sommes confiants que la population qui n'avait pas accès à certains services pourra avoir les services qu'elle est en droit de recevoir actuellement, selon le projet de loi du gouvernement actuel. Mais il est essentiel, pour arriver à ces fins, qu'il y ait certaines modifications et que les pharmaciens obtiennent des réponses qui vont les sécuriser à ce niveau-là.

Peut-être que M. Larouche pourra compléter en même temps, en complémentaire.

M. Larouche (Daniel): Peut-être sur le côté étatisation. En effet...

M. Marsan: Autonomie de gestion dans vos établissements.

M. Larouche (Daniel): On a, d'un côté, un organisme ou des organismes gouvernementaux qui décrètent, qui déterminent quelle est la liste des médicaments couverts, c'est quoi, le prix des médicaments, le prix que le pharmacien va payer, le prix auquel il va les

revendre. Il y aura, par un mécanisme de négociation... Je crois comprendre que le degré de confiance par là-bas et par ici n'est pas le même quant à son équité. Il y a un mécanisme de négociation qui va donner, si j'ai bien compris, un honoraire unique, le même pour tous les pharmaciens, donc imposé aux pharmaciens. Donc, l'ensemble des paramètres importants de la gestion d'une officine va être déterminé de façon extérieure à chacun des pharmaciens. Le pharmacien n'aura eu comme seule liberté que celle d'investir dans l'officine à la place des pouvoirs publics, et les pouvoirs publics, ensuite, déterminent la totalité des paramètres de gestion.

M. Marsan: Je pense que ce serait intéressant que le ministre puisse entendre aussi les commentaires. Je pense que vos réponses sont adéquates.

M. Larouche (Daniel): Il pourra le relire.

M. Marsan: Oui. Rapidement, juste en synthèse peut-être. M. le Président... Alors, vous continuez. Toujours dans votre excellent mémoire, vous dites que, dans cet univers, il n'est pas possible d'imaginer un prix unique qui permette de refléter adéquatement les coûts et pratiques de tout le monde. L'honoraire unique accentue le déséquilibre régional en défavorisant les régions les plus éloignées dans lesquelles vous opérez vos pharmacies qui, souvent, je pense, ont le plus faible taux d'activité. Et vous ajoutez un autre problème en disant que l'honoraire unique deviendra une source de déséquilibre pour certaines catégories de transactions, les ordonnances de médicaments coûteux. Alors, j'aimerais vraiment saisir l'impact de votre rémunération honoraire par rapport au nouveau système. J'espère que tout le monde va bien écouter, parce que je pense que ça va être intéressant comme réponse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larouche (Daniel): Je vais prendre les chiffres actuels. À l'heure actuelle — et je ne fais pas l'hypothèse que ce serait ce chiffre-là qui serait prolongé dans le nouveau régime — l'entente entre le ministre et l'AQPP prévoit que l'exécution d'une ordonnance se rémunère 7 \$. Bon, 7 \$, c'est une moyenne et ça doit rémunérer des ordonnances, dont celles de médicaments très, très peu coûteux, des vieux médicaments qui sont courants. Ça doit rémunérer aussi la délivrance de médicaments de biotechnologie, des médicaments de pointe qui coûtent beaucoup plus cher.

À la limite, admettons que — et je ne suis pas un expert, moi, je suis un économiste, je ne suis pas un expert en pharmacologie — admettons que la nature professionnelle du service soit la même. Mais les seuls frais pour tenir en stock un médicament qui coûte 400 \$, 500 \$ ou 600 \$ vont souvent excéder, vont très rapidement excéder les 7 \$ d'honoraires. Quel est le réflexe normal d'un pharmacien qui est face à une situation comme ça? C'est de ne pas le tenir en stock et d'attendre que

quelqu'un se présente chez lui pour dire: Je voudrais... J'ai eu une ordonnance de tel médicament, j'en ai besoin. Là, le pharmacien dit: C'est bien dommage, je ne l'ai pas. Vous reviendrez. Ou: La prochaine fois, appelez donc avant. Oui, mais je ne suis pas capable de lire l'écriture qu'il y a sur mon ordonnance. Ah! ce n'est pas grave. Vous reviendrez, je vais la lire et vous reviendrez deux jours plus tard, le temps que je me le procure. Ça va engendrer nécessairement une détérioration du service, si on se retrouve avec une situation comme ça. C'est que les pharmaciens sont des êtres rationnels. Ce sont des êtres qui doivent, comme tout le monde, gagner leur vie, et ils vont avoir des réflexes normaux de gens qui doivent gagner leur vie.

M. Marsan: Oui. Je vous remercie beaucoup, en tout cas, de ces éclaircissements. Je pense qu'on peut avoir des difficultés majeures si on va de l'avant trop vite avec le projet de loi. Je pense que les considérants que vous apportez vont, j'espère, nous permettre de prendre le temps qu'il faut pour qu'on puisse s'y attarder. Parce qu'ils sont extrêmement importants. Et ça va sûrement nous permettre de bonifier, par vos commentaires, le projet de loi.

Vous dites que — je suis un peu plus loin, à la page 19, là, je suis rendu au niveau de la négociation — le ministre de la Santé négocierait avec votre organisation «une entente obligeant non seulement les pharmaciens, mais également les assureurs, dont les recettes ne seront pas prélevées à même le budget de l'État, mais bien directement chez des consommateurs privés — le contribuable, celui qui va faire les frais de ce régime-là. «Par conséquent, le ministre aurait la mainmise sur des relations contractuelles n'impliquant ni argent public, ni agent public.» Je voudrais vous entendre là-dessus aussi, sur la mainmise du ministre sur ces relations.

M. Larouche (Daniel): Oui. Bien, essentiellement, c'est que — et c'est une autre différence entre la situation prévue dans le projet de loi pour les pharmaciens et celle avec laquelle le ministre a fait un parallèle tantôt, c'est-à-dire les médecins — grosso modo, 50 % de l'activité pharmaceutique qui va être encadrée par cette loi-là n'aura rien à voir avec les fonds publics. Ça va être des relations contractuelles privées entre des assureurs, des assurés et des pharmaciens. Malgré tout, le projet prévoit que ces relations-là, auxquelles le gouvernement ne sera pas partie, sont quand même régies par le gouvernement, et le gouvernement aura quand même la mainmise et définira quand même les paramètres de ces relations-là qui ne l'impliqueront pas et pour lesquelles il n'a pas de responsabilités fiscales et pour lesquelles il n'est pas imputable à la population.

M. Marsan: Bon, je continue, M. le Président. Un peu plus loin, vous nous parlez des difficultés qu'on pourrait avoir avec la gestion des systèmes informatisés. Ça soulève un certain nombre de problèmes, puis pas les

moindres: Des autorisations préalables constituent à la fois une menace pour la liberté professionnelle du médecin de prescrire et, pour celle du pharmacien, d'exercer son jugement professionnel. Vous continuez en parlant de la préautorisation, qui risque de provoquer des engorgements dans le système, et vous terminez en disant que la loi devrait préciser dès maintenant le coût d'implantation et de fonctionnement de ce système qui sera entièrement assuré par la Régie, puisqu'il n'existera que pour les fins administratives de celle-ci. Là aussi, j'apprécierais recevoir vos commentaires et les suggestions qu'on pourrait apporter, nous, lorsqu'on étudiera, article par article, le projet de loi.

M. Gagnon (Claude): L'interprétation que vous faites, c'est au niveau du valideur, j'imagine, quand vous parlez de la validation. L'élément qu'on ne voudrait pas voir apparaître dans la validation, c'est le valideur thérapeutique. En fait, c'est l'outil qu'on utilise déjà actuellement dans beaucoup de nos pharmacies et qui est utilisé sur une base locale. Le gouvernement veut émettre un questionnaire au niveau des soins thérapeutiques, au niveau de la pharmacothérapie, sauf que, nous, on dit: Ça ne doit pas être un élément valideur pour le paiement. À ce niveau-là, il faut absolument que ça reste sous la tutelle des corps et sous la tutelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec, au niveau d'un outil qui aide à faire en sorte que la profession bénéficie du meilleur outil de gestion pour assurer une qualité de la profession, nous aider, les professionnels, à détecter toute interaction possible et faire en sorte que nous donnions des services de qualité avec un support technologique adéquat. Il ne faut pas oublier que la technologie ne remplacera jamais le jugement du professionnel.

La priorité que l'on veut protéger à travers ce système-là, c'est que le pharmacien joue un rôle et que la relation client-patient-pharmacien est essentielle, et il n'y a pas un logiciel qui va pouvoir le valider à sa place. Donc, on ne veut pas que l'élément de valideur vienne prendre une décision au moment de valider l'autorisation. Ça, c'est essentiel dans notre perception de l'approche du valideur thérapeutique.

D'un autre côté, j'aimerais que vous répétiez la deuxième partie de votre question parce que je l'ai perdue en répondant à la première.

M. Marsan: C'était surtout sur les préautorisation et l'impact du coût d'implantation et de fonctionnement qui sera assumé par la Régie...

M. Gagnon (Claude): Bon. À ce niveau-là, au niveau du coût d'implantation, c'est qu'il y a beaucoup de questionnements, encore là, étant donné qu'on n'a pas pu participer à beaucoup de tables de concertation. Au départ, ce qui suscite beaucoup de questionnements au niveau des pharmaciens propriétaires, c'est: Quel sera le coût? Qui assumera le coût de l'implantation et quelles seront les implications de ces nouveaux investissements par rapport aux appareils

technologiques que nous utilisons actuellement dans nos pharmacies?

Vous savez que 98 % des pharmaciens sont actuellement informatisés. Je sais que le gouvernement veut tenir compte de ces facteurs-là et des outils qui sont actuellement à l'intérieur de chacune de nos officines. Sauf qu'il y a quand même beaucoup de compagnies actuellement qui font affaire avec différents services de pharmaciens. Le gouvernement, en mettant en place son système informatisé en temps réel, devra tenir compte de tous ces facteurs. Par contre, il y aura sûrement des frais ou des coûts pour interconnecter les pharmaciens avec le ministère. Encore là, ce sont des coûts qui suscitent beaucoup de questionnements au niveau des pharmaciens propriétaires. On voudrait savoir, si c'est possible, qui les assumera et quels seront ces coûts, parce que c'est très important au niveau des décisions que nous aurons à prendre dans un temps futur.

● (18 h 20) ●

M. Marsan: Je vous remercie beaucoup, M. le président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): N'ayant d'autres questions, je vous prierais, monsieur... Question du député de Notre-Dame-de-Grâce. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. J'aimerais renchérir un peu sur la question que vient de poser mon collègue. Il s'agit, à l'article 75 du projet de loi, je pense, de toute la question du paiement préalable et du système informatique nécessaire à la validation de la dispensation des services avant... ou l'autorisation de la RAMQ pour le paiement avant que les services soient dispensés.

Quand j'ai lu l'article de loi, ça ne m'a pas sauté aux yeux qu'il y avait un élément additionnel que, vous, vous avez apporté en vous basant sur l'appel d'offres de la RAMQ. Il s'agit, à la page 21 de votre mémoire, selon les appels d'offres de la RAMQ, de «vérifier les règles d'utilisation des médicaments et [...] informer les pharmaciens de contre-indications médicamenteuses, de thérapie alternative ou de toute autre situation non optimale du point de vue pharmaceutique, voire économique...» C'est ce volet qui m'intrigue. Je peux comprendre que vous ayez des interrogations quant à la question même de valeur thérapeutique et votre indépendance professionnelle. Ça, je comprends et je pense que vous l'avez très bien souligné. Mais ce qui est nouveau pour moi, c'est la notion d'autres choses non optimales du point de vue économique. Est-ce que vous pensez que... Qu'est-ce que ça veut dire, selon vous, dans l'appel d'offres de la RAMQ? Est-ce qu'on peut concevoir, peut-être, que la RAMQ va dire, à un moment donné: Non, on n'autorise pas le paiement d'un tel et tel et tel médicament parce qu'il est trop coûteux comparé à d'autres? J'aimerais vous entendre là-dessus.

Une voix: M. Cadieux.

M. Cadieux (Normand): Si vous le permettez, je pense qu'il s'agit d'une situation assez simple, en ce sens que, quand on parle de «voire économique», on dit de choisir un médicament qui est susceptible d'apporter les résultats les plus efficaces. Donc, l'efficacité du traitement et l'économie, aussi, la relation de coût par rapport à l'efficacité attendue du médicament. Donc, ce qu'on cherche par cet élément-là, effectivement, c'est de s'assurer que c'est le meilleur médicament, au meilleur coût, qui est utilisé dans une thérapie.

M. Copeman: O.K. Mais est-ce que, selon vous, c'est une décision qui devrait relever de la RAMQ ou ça devrait relever du médecin, des professionnels pharmaciens et du patient? À quel moment est-ce que le libre choix, si on peut l'appeler ainsi, même des clients, avec nos connaissances limitées de la pharmacoeconomie... À quel point est-ce que ça peut enfreindre le libre choix soit des deux professionnels dans le triangle... Maintenant, ce n'est plus un triangle, ça devient un quadrilatère, puisqu'on a l'État payeur qui est là-dedans. À quel point est-ce que ça peut entraver les relations entre les quatre groupes?

M. Cadieux (Normand): C'est une décision qui devrait appartenir à un professionnel de la santé. Je ne pense pas que le choix d'un médicament devrait être fait en vertu de son coût. Il devrait être fait en vertu de la condition du malade, du diagnostic qui est posé et du meilleur choix thérapeutique qui apparaît au professionnel de la santé, et non pas en fonction uniquement du coût.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Ça termine la période de questions.

M. le député de Robert-Baldwin, pour la conclusion. Oui? Excusez.

M. Fernet (Paul): Je m'excuse. Simplement, j'aurais aimé ajouter un petit point sur le dernier volet que vous avez soulevé. C'est que, en réalité, on peut imaginer un système dans lequel on n'a pas à évacuer toute composante économique dans l'utilisation rationnelle des médicaments. C'est d'ailleurs ce qu'on vise, quand on parle de la RUM, la Revue d'utilisation des médicaments. Mais, pour répondre simplement à votre question, nous sommes d'avis que la RUM, la Revue d'utilisation, devrait, quant à son côté organisationnel, être de la compétence des corporations professionnelles, soit du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens du Québec, et nous croyons que l'application finale de l'outil qui est offert aux pharmaciens par la RUM devrait toujours laisser place au jugement professionnel du pharmacien. Donc, ça doit être un outil qui guide le pharmacien, qui l'assiste, mais pas qui décide à sa place. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Conclusion par le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui, M. le Président. Je remercie bien sincèrement nos invités. C'est un nouvel éclairage que vous avez donné à notre commission. J'ai aussi apprécié un commentaire, au début. Vous avez dit que vous voulez collaborer avec le régime, vous voulez le bonifier, vous avez dit, avec franchise et intégrité. Je pense qu'on a pu discuter ensemble qu'il y a des dangers dans le projet tel qu'il est. On parle, entre parenthèses, d'une espèce de nationalisation, jusqu'à un certain point. Il faut vraiment pousser, nous, notre questionnement, parce que, je pense, c'est tellement important, tout l'aspect de servir les patients, mais aussi l'aspect économique de vos pharmacies.

Vous avez mentionné qu'il y a un degré de confiance qui semble différent, en tout cas, d'un côté de la table ou de l'autre. Pas celui-ci, certain. Vous vous questionnez, puis nous aussi. On n'a pas su encore qui va les assumer, ces coûts-là en officine, et on aimerait ça le savoir. Les questions sont posées et on souhaite avoir les réponses avant qu'on ait à voter sur le projet de loi. Parce que, comme vous le savez, le projet de loi, il est vide de tout chiffre. On ne sait même pas combien ça va coûter aux contribuables. Alors, ça aussi, on souhaite le savoir.

En fait, vous nous faites aussi des mises en garde, de prendre notre temps. C'est quelque chose qu'on partage avec vous. C'est trop important, l'impact d'un projet de loi de cette ampleur sur la société. On veut le bonifier, améliorer les services à la clientèle.

Je voudrais, en terminant, souligner le travail qui est fait par les pharmaciens. Vous êtes sur la première ligne, là. Quand les patients, les contribuables auront déboursé leur prime, qu'ils auront eu leurs prescriptions, ils vont se présenter devant vous, ils auront déboursé leurs premiers 100 \$. Alors, vous allez savoir ce qu'ils pensent du régime. J'espère que vous allez nous le dire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marsan: Je voudrais, en terminant, souligner, de façon générale, le travail des pharmaciens, mais, de façon particulière, souligner le travail des pharmaciens propriétaires, et particulièrement des pharmacies communautaires; ils sont extrêmement importants. Et, de nouveau, j'apprécie au plus haut point la qualité de votre présentation et la qualité des échanges que nous avons eus. Je vous remercie bien. Je n'oublie pas, aussi, votre recommandation d'avoir un de vos représentants au Conseil consultatif de pharmacologie. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. M. le ministre de la Santé.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Moi, je veux que vous sachiez, en concluant, que je suis très conscient, et c'est une nécessité pour le gouvernement, d'établir de bonnes relations de travail et de... Je pense qu'on en a déjà. Comme vous dites, il y a déjà le régime public dans lequel on a appris à vivre ensemble

depuis un bout de temps. Il y a deux professionnels surtout, là, qui sont essentiels pour qu'un système d'assurance-médicaments général fonctionne: le pharmacien et le médecin.

Vous parlez du RUM tout à l'heure. Comme vous le savez sûrement, durant toute la dernière année, il y a eu beaucoup de discussions, de négociations, si on peut appeler ça... Ça a été une sorte de négociation avec et l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins pour s'entendre sur un protocole pour la gestion conjointe de la Revue d'utilisation des médicaments et la nécessité pour le gouvernement de s'assurer qu'on continue d'être sur une plus grande échelle et que les partenaires qu'on a été pour le régime public, qui s'élargit actuellement... C'est un régime mixte, et je reconnais que ça vous pose tout d'un coup la situation qui a été le changement qui a été fait pour les médecins quand on a créé l'assurance-santé, ou l'ensemble du régime. C'est dans une formule différente. Ce n'est pas un régime entièrement public, vous le dites très bien, c'est vrai. C'est une formule mixte, mais le gouvernement assume la responsabilité, dans le cadre d'une loi, d'une réglementation qui va donner tous les détails qui sont requis et qu'on nous demande. L'ensemble du régime va être contrôlé par le gouvernement pour assurer aux gens du Québec qu'ils ont accès aux médicaments dans des conditions qui sont équitables pour tout le monde.

C'est ça qui nous amène à la nécessité de convenir en négociation, ensemble, comment vous allez être payés dans ce système-là, mais pour que les gens sachent que, quand on va consommer dans une pharmacie ou l'autre, qu'on consulte un pharmacien ou l'autre, peu importe, au Québec, il y a une équité et que, pour le même type de service, les mêmes circonstances, chacun est traité de la même façon.

● (18 h 30) ●

Maintenant, vous soulevez des choses intéressantes. Effectivement, notre pratique jusqu'ici a été un honoraire unique. Et, comme vous le dites très bien, c'est une espèce de moyenne. Une moyenne, par définition, ça ne correspond à rien dans la réalité. C'est une moyenne et, en n'importe quoi, c'est un peu plus ou un peu moins. Alors, probablement, si j'ai bien compris ce que vous nous dites, dans certaines conditions, ça rémunère, ça donne des honoraires au pharmacien en deçà de ce qu'est la valeur de l'acte donné; dans d'autres cas, c'est plus par rapport à l'acte qui a été donné. Dans la moyenne, on espère que ça va être pas mal. Alors, je donne juste ça comme exemple.

Il n'y a rien qui empêche, dans les négociations, qu'on discute de ça. J'espère qu'on ne se rendra pas à quelques milliers d'actes différents pour les professionnels, mais, en négociation, ça se discute. Est-ce qu'il devrait y avoir un éventail mieux équilibré qui tienne compte de la situation clinique différente entre le pharmacien et le patient qui vient le consulter, de sorte que ce soit plus équitable pour tout le monde, et le pharmacien et l'autre, et que, dans l'ensemble du régime — et là, c'est la beauté d'un régime général — on puisse

s'assurer qu'on retrouve l'équilibre qu'on était obligé de prendre par une moyenne, dans un régime public qui était partiel, qui ne prenait pas tout l'ensemble du marché comme pour le réglementer? Je donne ça juste comme un exemple, comme on a pu établir ensemble, pharmaciens et médecins, et le gouvernement, avec la Régie de l'assurance-maladie, le RRUM, que, dans un régime de négociation, ça permet, et si c'est une négociation avec des professionnels qui devient à peu près continue, de faire des ajustements à mesure qu'on avance pour s'assurer que le régime donne au client — c'est ça qui est la finalité pour tout le monde — le service qu'on veut lui donner et qu'on s'assure qu'on ajuste les conditions pour qu'il puisse se gérer de cette façon-là. Et, je vous le dis encore une fois, on a tout intérêt à ce que le réseau des pharmacies communautaires soit un réseau qui continue de se développer et qu'il soit adéquat, autrement, le régime ne marchera pas. Il faut que l'accès aux médicaments et aux services professionnels qui va avec la dispensation du produit, qui est le médicament, soit accessible aux gens et de qualité.

Alors, même si, peut-être, le mécanisme que vous proposez — j'aime autant être franc avec vous et vous le dire cru comme ça — je ne pense pas qu'on puisse travailler avec ça, il y a beaucoup d'autres possibilités. Et, comme on a appris à travailler ensemble, qu'on a travaillé avec d'autres professionnels, il n'y a pas de raison qu'on n'établisse pas un régime où on travaille avec le professionnel essentiel que vous êtes, autant que le médecin, dans cette affaire-là. Dans la mesure où on va trouver le moyen de s'entendre avec les deux, notre système va marcher. Donc, on est aussi sous pression que vous autres pour trouver ça.

Alors, tout ce que je demande, en terminant, c'est qu'on se fasse confiance et qu'on s'essaie. Je suis prêt à prendre le pari qu'on va confirmer assez rapidement que ça peut marcher.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le ministre. Je remercie les représentants et je suspends les travaux jusqu'à 20 heures ce soir.

(Suspension de la séance à 18 h 33)

(Reprise à 20 h 11)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant l'Association québécoise de la fibrose kystique et le Comité provincial des adultes fibrokystiques. Et je souhaite la bienvenue. Évidemment, c'est la deuxième ou troisième fois que vous venez, donc vous connaissez maintenant le groupe, les procédures, tout vous est familier. Alors, vous avez 20 minutes de remarques préliminaires, et on apprécierait que vous présentiez les gens qui vont avoir à prendre la parole et qui vous accompagnent.

S'il vous plaît, est-ce qu'on peut avoir l'attention de tout le monde et fermer la porte? Oui? Merci beaucoup, madame.

**Association québécoise de la fibrose kystique (AQFK)
et Comité provincial des adultes fibrokystiques**

M. Pesant (Yves): Alors, merci, M. le Président, M. le ministre. Nous vous remercions de nous avoir reçus, de bien vouloir nous écouter. Nous n'avons pas de mémoire à déposer. Nous en avons déposé un assez exhaustif la semaine dernière ou il y a deux semaines, à peu près, et on croyait que, cette fois-ci, on pourrait capter encore plus votre attention en y allant de vive voix. Alors, merci de nous avoir accueillis.

J'aimerais vous présenter d'emblée les personnes qui m'accompagnent. D'abord, le Dr Georges Rivard, qui est directeur de la clinique au CHUL, à Québec, et qui est aussi représentant de toutes les cliniques de fibrose kystique au Québec, Mme Denise Ménard, notre bien-aimée et dévouée directrice générale à l'Association, moi-même, Yves Pesant, qui suis papa d'un garçon qui a 14 ans, qui a la fibrose kystique, et je suis président de l'Association, M. Roger Barnard, qui est atteint de la fibrose kystique, qui est un adulte et qui est président du Comité des adultes fibrokystiques, et M. Jean-Luc Lavoie, qui est papa d'un jeune enfant qui a la fibrose kystique et qui est président de la section Montréal, et que vous avez connu récemment lors du dépôt du mémoire. Malheureusement, je n'ai pas pu assister, mais je sais, on m'a dit qu'il avait très bien fait ça.

Ceci dit, M. le Président, tout d'abord, nous avons pris connaissance du projet de loi n° 33. On va commencer par les félicitations, parce qu'on croit que le gouvernement et M. le ministre, vous avez certes été d'une grande célérité pour amener cette loi, ce projet de loi qui s'aligne très bien dans le discours que l'Association québécoise de la fibrose kystique a tenu depuis, bon, disons, remontons à octobre 1993, alors que nous avons eu un risque important, une brèche dans la qualité de nos soins, qui était effectivement la remise en question de la circulaire «malades sur pied». Bon. Alors, on croit que ce projet de loi s'inscrit dans ce que nous avons dit, écrit et redit, où l'iniquité à fournir gratuitement les médicaments à une maladie, en quelque sorte, l'iniquité se situait plus au niveau de la non-couverture des autres maladies. Ceci dit, grâce à ce programme de couverture, on a une survie au Québec, les personnes atteintes ont une survie nettement supérieure à la moyenne de tous les autres pays. Et, au Canada, on est probablement la province la plus élevée en termes de survie. Donc, on a des acquis, et ce projet de loi s'inscrit dans cette qualité de vie que les enfants et les adultes ont eue.

Les problématiques que l'on voit à travers ce projet de loi sont les suivantes. Évidemment, le coût. Vous savez que les familles fibrokystiques, leurs revenus moyens se situent environ autour de 35 000 \$ et que les

revenus moyens des adultes se situent autour de 10 000 \$ à 12 000 \$. Donc, il y a des craintes importantes par rapport à l'acquisition des médicaments et surtout au régime qui va, évidemment, être instauré. On a les cinq niveaux: la prime, la franchise, la coassurance, le plafond et la période de référence. Donc, c'est évident que le partage, la couverture mutuelle de la société pour tous les coûts se font. Par contre, il y a des groupes, à travers la fibrose kystique, qui restent à risque. Et tout se jouera au niveau de cette franchise, de cette coassurance.

Et aussi, les grosses craintes se situent au niveau de l'augmentation des prix future. Vous avez probablement des études actuarielles, et quels seront les coûts? On commence à un coût plus bas, la population est peut-être enchantée; par contre, l'expérience dans les autres provinces, Saskatchewan, Manitoba et les autres, a fait que les coûts ont rapidement grimpé, et les revenus n'ont pas grimpé. Donc, c'est quelque chose qui nous tient beaucoup à coeur, et j'espère que vous saurez peut-être nous rassurer à un moment donné.

Dans le rapport Castonguay, on parlait d'une coassurance de 20 %, de 10 % à 20 %, et ce qui court, c'est 25 %, donc ça pourrait être un incitatif à réduire la consommation des médicaments, et les clientèles à fibrose kystique en prennent beaucoup. Vous connaissez la consommation importante et vitale de médicaments des personnes atteintes. Cette coassurance élevée pourrait faire que ça pourrait restreindre la consommation et pourrait entacher, peut-être, l'état de santé des personnes.

Ceci dit, la mécanique de remboursement des coûts. Vous savez, quand on a à acheter une quantité importante de médicaments, si on va chercher les enzymes, et tout, et tout, et tout, on pourrait avoir une facture, peut-être, de 750 \$ et 1 000 \$ d'un coup. La personne, qu'elle soit adulte, ou la famille, comment va-t-elle faire pour déboursier 1 000 \$ et être remboursée quelques mois, ou je ne sais pas combien de temps après? Va-t-on penser à une mécanique qui permettrait de savoir que cette personne-là a atteint déjà un plafond et que, d'emblée, on ne lui demande pas de déboursier le coût? Quelle sera la mécanique? Parce qu'on est dans des situations de coûts importants, à la fibrose kystique, et, donc, comment les familles vont-elles pouvoir jouer à travers ce coût-là? Il y a des gens qui, carrément, ne pourront pas avancer la somme en attendant d'être remboursés quelques mois plus tard. Ce n'est pas acheter des vitamines, c'est acheter des quantités importantes de médicaments. Il s'agit donc de penser peut-être à une flexibilité qui permettrait aux usagers d'avoir accès à leurs médicaments sans avoir à déboursier des sommes faramineuses.

La mécanique, aussi, du statut social. Quand quelqu'un change de statut social, qu'est-ce qu'on prévoit à ce niveau-là? On doit faire la preuve, c'est-à-dire que le nouveau statut social fait qu'en soi le régime gouvernemental va s'appliquer à ce moment-là, mais, du moment à un autre, quelle preuve on va demander à

l'usager, pour dire: Bon, bien, maintenant, je suis sur le bien-être social, ou je vais commencer à travailler, ou... Quelle va être la mécanique autour de ça? Et je ne sais pas si ça a été résolu à date.

Au sujet des régimes privés, maintenant, on responsabilise tous les assureurs privés par rapport au système. Il y a des exigences, il y a des pénalités qui sont prévues pour les assureurs qui divergent de leurs obligations. Maintenant, comment l'assureur peut-il diverger de ses obligations tout en restant dans l'ordre des choses? Autrement dit, est-ce qu'on va favoriser l'augmentation des primes pour des personnes qui sont à haut risque dans des régimes privés? Est-ce qu'on va forcer un peu les gens à aller vers le support gouvernemental parce que les primes sont rendues faramineuses ou plus importantes? Est-ce qu'il va y avoir des pourcentages préétablis, négociés, que les compagnies auront à suivre? C'est des questions qu'on se pose à cet effet-là. Et il y a quand même une quantité... on a estimé qu'il y a au moins peut-être 50 %... 40 % à 50 % des... on avait 60 % des personnes, des familles à fibrose kystique qui avaient une assurance, quelle qu'elle soit, mais une assurance privée. Alors, quels sont les impacts sur leur propre prime, car elles sont identifiées comme étant des hauts risques de consommation?

• (20 h 20) •

Ceci dit, passons maintenant à un aspect très important qu'on a retrouvé dans la loi, qui concerne les enfants. Les personnes en bas de 18 ans sont couvertes, mais les personnes en haut de 18 ans le sont en autant qu'elles sont à temps plein à l'école ou à l'université. Les personnes atteintes de fibrose kystique, ce sont des gens en haut de 18 ans, pour la plupart, de plus en plus malades, et il y a un groupe important de ces personnes-là qui ne peuvent pas suivre des cours à temps plein dans une école, dans une institution, elles le font à temps partiel. Elles ont le vouloir d'atteindre un objectif, d'atteindre un diplôme, ça peut leur prendre le double du temps, mais à temps partiel. Est-ce que la loi pourra prévoir que ces groupes seront couverts quand même en autant que leur statut d'étudiant est là? Alors, c'est une grande question qu'on se pose, et il faudrait sûrement l'éclairer, parce que ça touche spécifiquement des points. Et M. Barnard, tout à l'heure, mentionnera ce qui en découle au niveau des prêts et bourses.

Je vais continuer sur un aspect très important pour la fibrose kystique: Quels sont les médicaments qui sont couverts? Dr Rivard pourra élaborer un peu plus sur ce plan. La fibrose kystique. Une vitamine, pour une personne en santé, ce n'est peut-être pas aussi important que pour une personne atteinte de fibrose kystique. Une vitamine, c'est mal absorbé et ça prend des mégadoses, et c'est important. Est-ce que les vitamines vont être considérées comme des médicaments? On sait qu'elles ne le sont pas pour les personnes âgées. Les suppléments nutritifs, c'est vital. La qualité et, surtout, la survie des personnes atteintes de fibrose kystique sont reliées à leur poids, et ces gens-là doivent consommer des quantités faramineuses parce qu'ils «malabsorbent», et de calories

parce qu'ils «malabsorbent», d'une part, et leur métabolisme basal étant augmenté, ils ont besoin de plus de calories. Donc, les suppléments nutritifs, c'est vital et, pour nous, ce sont des médicaments, comme l'oxygène est important pour ces personnes. Alors, quand on parle de couverture universelle, est-ce que l'oxygène est compris là-dedans?

Les fournitures. Dans le mémoire qu'on vous a déposé, les fournitures font partie de la vie des personnes atteintes de fibrose kystique, que ce soit les compresseurs, les concentrateurs d'oxygène, pour les personnes atteintes de fibrose kystique qui ont le diabète, les insulines, les produits que nécessite le suivi, les glucomètres, les bandelettes. Il y a une quantité importante de produits, de fournitures, d'accessoires qui sont essentiels au suivi de la maladie, donc à la qualité du suivi et du traitement. Et, ça, c'est très important, au point de vue coût, pour ces personnes atteintes.

Je vais conclure assez rapidement en vous disant qu'on est persuadés, encore une fois, que la disponibilité des médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique devrait être à l'hôpital, c'est-à-dire que l'accessibilité du médicament pour conserver la qualité et l'excellence des cliniques de la fibrose kystique qui ont fait que les personnes vivent plus vieilles, l'accessibilité des médicaments devrait continuer et se faire en centre de clinique de la fibrose kystique. C'est là que vous avez une équipe établie qui connaît la maladie — parce que c'est extrêmement complexe — des pharmaciens qui sont spécialisés en fibrose kystique, entre autres. Donc, l'équipe est là pour s'assurer de la qualité des produits qui sont donnés. Et, donc, la disponibilité ne devrait pas se faire en officine privée à travers le Québec, mais réservée au niveau des hôpitaux, comme on a actuellement.

On croit aussi que le Conseil consultatif, qui va avoir un rôle encore plus grand, devra avoir un mode de consultation encore plus élargi et étroit avec, par exemple, les experts fibrokystiques qui desservent très bien la communauté fibrokystique par leurs réunions. Justement, demain, ils ont une grande réunion à Montréal, où ils se parlent de tout ce qui touche la fibrose kystique. Donc, ils font des consensus, ils peuvent les appliquer directement dans les cliniques. Et le Comité d'experts a eu à rencontrer le Conseil consultatif dans le passé, mais on a trouvé que les consultations avaient été limitées et limitatives. Le Dr Rivard pourra élaborer.

Disons que je vais conclure en vous disant que l'Association, qui a été de très près associée à tout le déroulement qui touche la médication au Québec, ça la touchait de près. On a rencontré beaucoup d'intervenants. On est une association qui, effectivement, croit que le régime instauré a d'énormes avantages, a certaines faiblesses. Nous croyons qu'il est de notre devoir d'identifier ces faiblesses, et nous espérons être capables, dans un temps proche, de revenir et d'exprimer précisément les cas d'espèce, peut-être, qui sont survenus à travers ce régime-là. Nous serons donc vigilants, parce qu'il y a des conséquences sur la santé des gens et des conséquences économiques.

J'arrête ici, je ne sais pas si j'ai passé mon temps, et puis ça me fera plaisir de répondre aux questions. Et tous les gens vont... Je vais me permettre de diriger vos questions sur...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il reste sept minutes sur votre 20. Vous avez mentionné que le Dr Rivard avait des informations additionnelles, et M. Barnard.

M. Pesant (Yves): Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, peut-être qu'ils pourraient les donner.

M. Pesant (Yves): M. Lavoie aussi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Peut-être qu'ils pourraient les donner tout de suite et, après ça, on procédera rapidement avec...

M. Rivard (Georges): Bien, on peut peut-être prendre quelques minutes pour insister sur une première notion, comme on a tenté de le démontrer dans le mémoire qu'on a déposé il y a 15 jours.

La situation actuelle de la fibrose kystique au Québec et au Canada, à notre avis, dépend essentiellement de la disponibilité de l'arsenal thérapeutique dont nous avons toujours disposé depuis plusieurs années. Je pense que ce qui peut distinguer le Canada et le Québec par rapport aux autres pays vis-à-vis des performances, c'est que notre clientèle a toujours pu bénéficier de ce que l'on pouvait imaginer comme meilleures stratégies. Et ça tourne autour, évidemment, de coûts très élevés en médicaments. C'est une pathologie qui consomme beaucoup.

Ça peut être impressionnant de s'asseoir et de ne constater que les coûts actuels qui sont engagés par nos attitudes dans les cliniques, sauf que j'aimerais juste rappeler qu'en 1975 on ne dépassait pas l'âge de 14 ans, avec la fibrose kystique, et on vivait à l'hôpital, de la fibrose kystique. C'était une maladie hospitalière, avec des décès précoces, alors que... Je pense que le virage ambulatoire, en fibrose kystique, existe depuis à peu près 20 ans. Il n'y a plus d'hospitalisation en pédiatrie en fibrose kystique. Tous les coûts générés par l'hospitalisation et coûts de santé en sont autant réduits. Évidemment, il y a un pendant à ça, c'est la nécessité de pouvoir l'utiliser.

Le souci, avec la loi, qu'on a, c'est que les gens conservent la capacité de pouvoir utiliser et se payer le plan de traitement qui va leur être offert. Actuellement, il n'y en a pas, de souci, c'est 2 \$ par patient par prescription. On aimerait mieux comprendre la mécanique qui va faire, comme le président l'a exposé... Si j'ai une facture, pour trois mois, de 2 500 \$ sur les bras, qu'est-ce que je vais devoir déboursier immédiatement, cet après-midi, à la pharmacie pour partir avec mon médicament? Est-ce que je l'apporte ou est-ce que je... La

nouvelle question, c'est: Est-ce que je le prends ou je ne le prends pas? Et je suis convaincu que, s'il ne le prend pas, malheureusement, on va reculer.

Deuxième élément très important. On a essayé d'élaborer beaucoup sur la structure des cliniques, qui fait qu'on représente un groupe qui peut collaborer puis contribuer aux coûts, à la gestion de l'utilisation des médicaments et des coûts, de par l'expertise que l'on a. Et on demande qu'il y ait une collaboration plus étroite et plus serrée, pour la fibrose kystique, avec le Conseil de pharmacologie, qu'on soit plus régulièrement sollicités.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, Dr Rivard. On connaît à la fois votre dévouement et votre crédibilité dans le milieu. M. Barnard.

M. Barnard (Roger): Oui. Alors, on a discuté tantôt du point de vue des personnes de 18 ans et plus étudiant à temps plein. Alors, c'est très difficile pour une personne atteinte de fibrose kystique, qui vit des problèmes, des surinfections et différents problèmes reliés à sa maladie, d'étudier à temps plein. D'ailleurs, si on parle de prêts et bourses, par exemple, lorsqu'on était reconnu — et c'est de plus en plus difficile — fibrokystique, apte à être reconnu par les prêts et bourses, on avait un privilège qui disait que, lorsqu'on était considéré à temps plein et qu'on était fibrokystique, on devait avoir trois cours de trois crédits plutôt que quatre ou cinq. Donc, ça permettait à une personne de poursuivre ses études. Elle était considérée à temps plein et serait embarquée dans le système de couverture.

Maintenant, on est de plus en plus sévère au niveau des critères de prêts et bourses, le formulaire a changé. Donc, une personne ne peut plus être considérée à temps plein et avoir moins de cours qu'une personne normale. Donc, tout de suite, on voit une grosse différence. Alors, les gens vont être à temps partiel et ne bénéficieront pas de la couverture. Alors, ça devient un autre problème. Et, de plus en plus, on resserre partout, mais les personnes restent et demeurent avec leur maladie et les problèmes reliés à ça. Ça, ça ne change pas, par exemple. Alors, c'est un phénomène qui, en tout cas, effraie plusieurs adultes fibrokystiques, et c'est ce que, moi, je suis mandaté pour vous dire. Ça fait peur. Il y a différentes modalités qu'on a de la misère à envisager et qui font peur aux adultes, parce que c'est une clientèle à faibles revenus, et il y a des montants qui signifient de grosses parts d'investissements qui vont obliger de restreindre d'autres investissements au niveau des médicaments, et c'est ce qui fait peur.

● (20 h 30) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. Lavoie, vous aviez un commentaire additionnel, je pense.

M. Lavoie (Jean-Luc): Oui, merci. Je veux tout simplement rappeler aux gens que la fibrose kystique demeure une maladie qui tue. C'est sûr que l'espérance

de vie a augmenté. Plus ils vieillissent, nos enfants qui deviennent adultes, plus la consommation de médicaments est importante. Ce n'est pas, aussi, une maladie qui fait en sorte qu'au bout de cinq ans c'est réglé ou fini. Les gens qui ont la fibrose kystique contractent, bien malheureusement, un abonnement à vie à la prise de médicaments. Moi, j'ai un garçon de sept ans, et je me calcule assez habile, étant du domaine de la santé, à vous dire qu'il prend à peu près 25 pilules par jour: vitamines, enzymes, puis, si je regarde ça, en liquide, la ranitidine, les antibiotiques, les bronchodilatateurs avec les masques, j'évalue à peu près le coût environ à 15 000 \$ par année.

Alors, ce qui m'inquiète, c'est deux points, comme parent. Le premier point, c'est: Est-ce que le partenariat avec les compagnies d'assurances tel que défini actuellement nous garantit que les couvertures vont rester les mêmes, que les coûts n'augmenteront pas comme ça s'est passé dans d'autres provinces? Et, deuxièmement: Est-ce que les médicaments couverts incluent les nouveaux médicaments qui vont venir? Parce que la recherche en fibrose kystique demeure la clé du succès. La seule façon de vaincre cette maladie-là, c'est par la recherche, et l'Association investit beaucoup. Et là j'ai des inquiétudes. J'ai des inquiétudes, pourquoi? Parce que je prends ici une liste, en 1981, des médicaments qui étaient entérinés par le comité consultatif, et puis je regarde, en 1988, une autre liste de médicaments qui a été déposée par les directeurs des cliniques fibrose kystique, ça n'a pas été reçu, on n'a pas eu de nouvelles de ça. Et je regarde, en 1994, une autre demande qu'on a faite, et la liste s'allonge toujours, on n'a toujours pas de réponse. Je me dis: Il va falloir que le comité consultatif en pharmacologie aille chercher, en toute humilité, efficacité et efficacité, les qualités de nos experts québécois qui sont à même de traiter hebdomadairement, quotidiennement cette maladie-là.

Alors, est-ce que les nouvelles molécules vont être couvertes? Les médicaments, ceux qui seront couverts par l'assurance, est-ce qu'ils seront définis conjointement avec nos praticiens? Et est-ce que les coûts vont rester stables? J'aimerais terminer en vous disant une chose. On a parlé du revenu moyen, tout à l'heure, aux alentours de 35 000 \$. C'est une maladie génétique héréditaire, c'est une maladie chronique, dégénérative, mortelle, et, pour certaines familles, ils ont un, deux, trois enfants qui ont la fibrose kystique. Alors, vous ne pouvez pas traiter la fibrose kystique comme n'importe quelle maladie. Vous ne pouvez pas traiter la fibrose kystique comme une maladie circonscrite ou opportuniste. Ce n'est pas une grippe, ce n'est pas une pneumonie, c'est pire que ça, et c'est à vie. Alors, je vous laisse sur ce commentaire-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix); Mercier. M. le ministre.

M. Rochon: Je vous remercie, M. le Président. Je vous remercie beaucoup d'être revenus nous voir. Je

comprends qu'on vous demande pas mal, de ce temps-ci, de travail, mais c'est important qu'on ait votre collaboration pour être sûrs de faire les choses le plus correctement possible et d'aider vraiment des gens. Je vais essayer, d'abord, M. le président, de donner une couple de réactions, là, à des questions que vous soulevez et vous poser aussi une question, là, pour nous aider à voir comment on peut bonifier le plus possible le projet qu'on a.

Bon, ça fait déjà plus d'un an qu'on a travaillé ensemble. On a réalisé la difficulté de suivre l'évolution, comme vous le dites, dans ce domaine-là. Les gens que vous représentez, jusqu'à récemment, étant porteurs de maladie qui était couverte par la fameuse circulaire «malades sur pied»... Jusqu'à temps que cette circulaire-là fonctionnait bien, ça allait bien. Mais, comme vous l'avez dit tout à l'heure, on a commencé à avoir des difficultés en 1993, quand ça ne semblait plus possible de continuer à financer le coût des médicaments. 1993? 1994? En tout cas, 1993-1994, ce qui a donné naissance au comité Demers. On l'a remise en place, la circulaire, mais là il est arrivé d'autres médicaments, Pulmozyme, puis on en voit d'autres qui vont se pointer, comme vous le dites, là, ce qui est un point positif. La recherche permet de découvrir des médicaments de plus en plus efficaces qui donnent une meilleure qualité de vie aux gens qui ont cette maladie-là et prolongent la vie aussi. Peut-être qu'on aura une guérison, ou à peu près, un jour. Mais là on a réalisé l'autre problème: par le mécanisme de financement de la liste, la circulaire, on ne peut plus en rajouter dessus, surtout à ce prix-là.

Alors, c'est sûr que, si on compare la situation des gens que vous représentez par rapport à ce qu'était la situation de 1993 ou d'avant 1993, où les médicaments étaient moins coûteux, la circulaire couvrirait tout en échange du 2 \$, ça allait. Mais, depuis quelques années, ce n'est plus ça, la situation, là. C'est 15 000 \$ par année que ça coûte. La circulaire n'est plus un moyen pour couvrir ça. Alors, dans un sens, un régime comme ça ferait que, si quelqu'un doit payer un maximum de 750 \$ par année pour une consommation de 15 000 \$ de médicaments, ça me semblait qu'il y avait une bonification importante. Le fait de généraliser le système, de mutualiser le risque entre l'ensemble des assureurs du Québec permet d'absorber sur l'ensemble de la population les groupes plus petits qui ont une haute consommation et une consommation coûteuse de médicaments.

C'est là qu'il faut se positionner par rapport à ça. Présentement, avoir un régime qui serait généreux au point de dire que le médicament sera à toutes fins pratiques à peu près gratuit, ça voudrait dire pour le gouvernement de peut-être investir un peu plus, plutôt que de faire une économie, et de récupérer ça ailleurs dans le système de la santé et des services sociaux. Là, on est vraiment, je pense qu'il faut qu'on le réalise, dans une décision d'équité, là, au niveau macro, pour l'ensemble du système, qui, ça, est située dans une stratégie plus grande de contrôle de notre déficit puis de notre dette, si

on ne veut pas continuer à s'en aller sur un fiasco total. Donc, il faut que les dépenses baissent dans le domaine de la santé comme ailleurs.

Là, on essaie vraiment de le faire et de répartir le coût en ayant une répartition plus équitable des coûts, en allant chercher une certaine contribution. C'est ça qu'on essaie de voir: jusqu'où c'est possible, c'est correct, c'est réalisable, c'est réaliste de demander aux gens de faire une certaine contribution, mais dans le cadre d'un régime qui permet à tout le monde d'avoir accès à quelque chose qu'il ne serait pas capable de payer seul s'il devait en payer le coût total? Là, si vous nous dites que 750 \$ par année, comme plafond, ce n'est pas abordable... Non, ce n'est pas ça que vous avez dit, mais ça, je voudrais bien le préciser, là. Il faudrait que ce soit clair, ce qu'on entend là-dessus. Mais je reviendrai, c'est ça qu'est ma question. Vous en étiez plus au niveau de la liquidité, de comment, à quel rythme on le paie, ce 750 \$.

Bon. Avant de vous laisser avec cette question-là, je peux quand même vous poser des questions au sujet de la liste — est-ce qu'elle va continuer à inclure les médicaments qu'on veut, dont on a besoin? — et de l'indexation des coûts pour le contrôle du prix. Bon. La liste, l'objectif, c'est justement ça. L'objectif de vouloir mettre en place un système comme ça, c'est de pouvoir permettre au CCP de recommander au ministre que tout médicament qui a une qualité thérapeutique satisfaisante et qui a un bon rapport qualité-prix... C'est-à-dire qu'on s'assure de convenir avec les assureurs, avec les industries pharmaceutiques qu'on paie un prix raisonnable et juste pour le médicament.

Donc, il y a un rapport de force différent qui va s'établir, là, entre les assureurs, privés-public, et l'industrie du médicament, de sorte qu'on sort de la dynamique actuelle où l'industrie pharmaceutique suit l'augmentation de ses coûts, refile ça à l'assureur, qui, lui, le refile à l'assuré. Puis ça s'arrête là. Alors, pour que ça change comme dynamique puis que tout le monde convienne des prix justes et raisonnables... Alors, c'est le but du régime, pour permettre justement qu'à mesure que des nouveaux médicaments viennent, qu'ils sont vraiment efficaces, qu'on obtienne un prix juste et raisonnable, puis qu'on puisse prendre le médicament disponible. Et c'est pour ça que le rôle du CCP, dans la loi, on propose de l'élargir un peu pour qu'il puisse être plus en position d'avoir cette interaction-là pour aller chercher le prix juste et raisonnable par des bons mécanismes.

Ce qui va être important pour nous permettre ça et permettre de rejoindre l'autre question que vous soulevez, l'indexation, c'est un contrôle de l'utilisation, aussi. Vous autres, vous avez des gens dans une situation où le risque, c'est la sous-consommation. Il y a d'autres gens dans la société où le risque ou le problème de santé qu'ils vivent, c'est la surconsommation. Et on sait qu'il y a même des hospitalisations en grand nombre qui sont causées par une mauvaise utilisation du médicament, d'une utilisation inadéquate.

● (20 h 40) ●

Alors, les régimes en place dans d'autres pays, dans d'autres provinces ont montré qu'on peut baisser de façon importante, peut-être de l'ordre de 15 %, le coût qui est lié à la consommation de médicaments en diminuant de façon assez importante la consommation, mais la consommation non justifiée. Et ça, c'est grâce, en plus du travail, du mandat élargi du CCP, aux fonctions qui vont être données à la Revue d'utilisation des médicaments, qui est un mécanisme qui va vraiment permettre de faire ça, plus, dans le cadre d'une politique du médicament, un programme d'information auprès de tout le monde qui est impliqué, le consommateur, mais le prescripteur et le dispensateur, aussi, des médicaments, et un certain nombre d'autres mécanismes de participation et de contribution. Donc, un ensemble de mécanismes et une politique qui devraient nous permettre, croyons-nous, en tout cas, comparativement à la situation actuelle, d'avoir une pas mal meilleure situation pour contrôler le coût et la progression du coût, de sorte qu'on évite que l'indexation du régime le fasse partir hors proportions. Et, moi, je pense qu'on se donne les meilleurs mécanismes pour faire ça. La seule chose qu'on peut faire, c'est d'y aller, d'essayer, et, si jamais ça ne marche pas, on trouvera une autre solution à ça. Mais les mécanismes devraient le permettre, si on regarde l'expérience faite ailleurs.

Là, vous nous dites une chose pour la couverture des gens, des étudiants à temps partiel. Ça, c'est un bon point, il faudra qu'on regarde ça. Ça ne peut pas s'ouvrir indéfiniment, ça, parce qu'un étudiant qui serait inscrit pour 10 crédits ou 15 crédits ou 30 crédits, la loi, présentement, pour les étudiants à charge, établit le rythme du plein temps. Il faudra voir si, pour cause spécifique comme ça, que l'équivalent du plein temps pour quelqu'un qui ne peut pas vraiment être plein temps, il n'y a pas un autre régime. Il faudra qu'on vous en reparle et que vous nous fassiez des suggestions pour qu'on connaisse bien les gens qui sont vraiment étudiants le plus proche d'un plein temps possible, compte tenu de la situation des gens, ce que ça veut dire, comme temps. Ça, il y a peut-être moyen qu'on fasse une bonification de ce côté-là.

Maintenant, toute la question de ça, si on se donne confiance que le régime peut être contrôlé, rendre le médicament disponible selon sa qualité... Voulez-vous nous parler un peu plus de la question de la liquidité? Qu'est-ce qui serait quelque chose, par la clientèle que vous connaissez, qui serait abordable pour les gens? La prime, comme c'est prévu, c'est payable mensuellement. Alors, si la prime est de 200 \$ par année, ça veut dire 17 \$ par mois. Dans tous les régimes, ça, c'est mensuel. Des gens qui ont un certain revenu... Pour un individu entre 10 400 \$ et 14 000 \$, presque 15 000 \$, sa prime, pour l'année, il doit la payer au complet à 20 \$ par mois, mais il est compensé à la fin de l'année, pour une proportion de... Chaque 1 000 \$ au-dessus de 10 400 \$, il y a 40 \$ de prime à payer, progressivement, jusqu'à la prime totale. Alors, une fois que la personne a fait une première année, elle reçoit un chèque de compensation total, si son

revenu est en bas de 10 400 \$, ou partiel, selon la graduation qui est prévue. Là, ça peut permettre, peut-être, de gérer les autres années. La franchise est payable au complet jusqu'à 100 \$, après ça, c'est 25 %. Alors, si ça, ça peut causer un problème pour l'accessibilité, que seraient les paramètres, selon votre expérience, qui seraient corrects?

M. Rivard (Georges): On se pose, nous, sûrement des questions. Notre souci, c'est d'avoir une personne, un mardi après-midi, en face d'une facture de 750 \$ à 1 000 \$ à payer parce qu'elle a dans les mains 4 000 \$ de médicaments pour trois mois.

M. Rochon: Mais est-ce que... Une personne qui va chercher un premier chèque pour une première prescription, pour le premier mois, c'est combien par mois que ça coûte? C'est 1 000 \$?

M. Rivard (Georges): En moyenne, ça va autour de 12 000 \$ par année, à peu près, facilement.

M. Rochon: Donc, 1 000 \$ par mois.

M. Rivard (Georges): Oui.

M. Rochon: Ça veut dire que, le premier mois, la personne devra payer 750 \$...

M. Rivard (Georges): Les patients viennent à la clinique aux trois mois, et les médicaments — et on aimerait que ça soit comme ça — sont distribués en établissement par des équipes spécialisées, parce qu'il y a une interaction. Donc, les gens ont leurs médicaments pour trois mois, d'habitude. Actuellement, on paie 2 \$ par prescription. À la fin de l'année, les gens ont payé 300 \$, 400 \$, 500 \$, 600 \$, avec leur petit 2 \$ de franchise, sauf qu'ils paient graduellement. Si, pour la visite de janvier, février, ils se retrouvent avec une grosse facture, on risque d'avoir qu'ils n'utilisent pas le produit.

M. Rochon: Là, on aurait la situation que la personne, dans sa première facture de l'année, aurait 750 \$ à payer et qu'elle ne paierait plus rien pour le restant de l'année.

M. Rivard (Georges): Bien, si son...

M. Rochon: Mais c'est comment trouver, comment payer la première facture.

M. Rivard (Georges): C'est ça. Elle ne pourrait pas l'étaler sur un an, au moins? On voudrait une mécanique qui l'étale sur un an ou... Parce que vous avez fait des commentaires sur la nécessité, actuellement, de voir à gérer nos coûts. On adhère à ça, on n'a pas le choix. Ça, c'est correct, sauf qu'on voudrait faire reconnaître une chose, c'est que la situation de la fibrose kystique

est une situation très particulière et qui va devoir être reconnue comme particulière, en gardant le souci de vouloir adhérer exactement au plan que vous proposez.

Mais il reste que c'est une situation de maladie héréditaire mortelle. Et là c'est dommage qu'on ait trop bien performé. Vous avez vécu et j'ai vécu, quand je suis arrivé à Québec, les enfants qui mouraient à 13 ans. Ils mouraient, là. Puis, ça, si vous mettez un coût là-dessus, là, je pense qu'il va être pas mal moindre. Il faut les gérer, les coûts, puis je vais revenir à ça. Mais je pense qu'on peut investir pour économiser. Puis, en fibrose kystique, ça s'appelle comme ça. Le virage ambulatoire en fibrose kystique, il est amorcé depuis 15 ans. Il n'y en a plus, d'enfants dans les hôpitaux pédiatriques. On en a un peu plus en adulte, mais, ça, c'est un gain. Donnez-nous encore 30 ans puis probablement qu'on aura des vieillards fibrokystiques. On aura gagné encore, je pense qu'on aura fait des pas. Ça, je pense qu'on doit investir des montants très importants pour économiser beaucoup plus. Parce que, si les gens n'utilisent pas, ne disposent pas des produits dispendieux qu'on utilise, ils vont se retrouver, veux veux pas, dans le système hospitalier, puis il est encore pas mal plus cher qu'en externe.

Deuxièmement, ce qu'on voudrait faire reconnaître, c'est que la gestion des coûts... La fibrose kystique, c'est très facilement délimitable. Il y a 10 cliniques centrées autour d'experts, des médecins, des pharmaciens et d'autres intervenants, psychologues, psychiatres, et c'est très facilement délimitable. Il y a 10 centres qui les couvrent. On voudrait que la fibrose kystique soit gérée en établissement. Je ne sais pas ce qui est prévu dans la loi. Qui distribue des médicaments? Mais, pour la fibrose kystique, il est très important de maintenir une expertise. On va pouvoir collaborer à la gestion des coûts de l'intérieur.

M. Rochon: O.K. Je ne veux pas prendre trop de temps, là, je vais juste... Une petite minute de réaction là-dessus puis je vous laisse la glace. La façon de distribuer puis de fonctionner, là, pour l'utilisation des médicaments, ça, il n'y a rien de ça qui est dérangé. La loi prévoit un régime pour financer, là...

M. Rivard (Georges): O.K.

M. Rochon: ...mais il n'y a rien là-dedans pour réorganiser le système de distribution puis du service, absolument pas. Ce qu'il faudrait travailler un peu plus pour des groupes fermés, dans un sens, comme vous dites...

M. Rivard (Georges): Oui.

M. Rochon: ...très connus, très contrôlés — puis, ça, on le sait, on a travaillé avec vous autres depuis plus d'un an — c'est de voir comment la gestion... En théorie, quand on aura le régime, peut-être pas dès le 1er janvier qu'il pourrait être comme ça, mais

rapidement en gestion interactive, ça va permettre beaucoup de flexibilité, ça. Là, s'il était appliqué sans la gestion interactive, ça voudrait dire que quelqu'un, s'il a 1 000 \$ de factures par mois, là, si on applique le jeu de la franchise et de la coassurance, le premier mois, la personne paierait 325 \$; le deuxième mois, 250 \$; le troisième, 175 \$; puis, après ça, elle ne paierait plus rien pour le restant de l'année.

M. Rivard (Georges): Ça veut dire 750 \$ en trois mois? Il vient une fois.

M. Rochon: C'est ça qui est le problème. C'est ça.

M. Rivard (Georges): O.K.

M. Rochon: Elle paierait étalé sur trois mois puis, après ça, elle ne paierait plus rien. Si la liquidité est un problème pour un groupe fermé comme vous autres, ça veut dire qu'il faudrait trouver, au-delà des paramètres de la loi, dans la gestion du paiement, une façon de le faire, puis ça, pour un groupe fermé comme vous autres, ce serait gérable, probablement.

M. Rivard (Georges): O.K.

M. Rochon: Il faudrait avoir ça, que les gens continuent à payer le 750 \$ sur 12 mois.

M. Pesant (Yves): En fait, vous partez avec un groupe...

M. Rochon: Tant par mois, puis c'est fini. Quelque chose du genre.

M. Pesant (Yves): En fait, vous partez...

M. Rochon: Ce n'est rien qu'un problème de gestion, ça, sur le terrain, à ce moment-là.

M. Pesant (Yves): Tout à fait. Vous partez avec un groupe qui va toujours atteindre le maximum.

M. Rochon: Ah! C'est sûr.

M. Pesant (Yves): Donc, il faut gérer ça d'une façon qui permette aux gens de pouvoir, bon, payer, mais d'une façon plus souple. Et, dans les hôpitaux, vous avez plus facilement une structure qui s'établit.

M. Rochon: O.K. Ça, on prend ça en compte, là, parce que, pour vous autres... On a vu quatre, cinq groupes maintenant, là, qui représentent très bien, qui connaissent un groupe de personnes qui ont une maladie. Il y aurait probablement des ententes, là, qui pourraient être faites. On s'attend à ce que les gens s'engagent, via l'Association, à payer tant par mois jusqu'à ce qu'ils doivent payer selon... Parce que, s'ils sont en bas d'un

certain revenu, aussi, leur plafond peut être moins élevé. Il peut être 300 \$, peut être 500 \$.

M. Pesant (Yves): C'est-à-dire que ça ne pourrait pas se faire via l'Association de la fibrose kystique — je ne sais pas si c'est ça que vous avez mentionné — en ce sens que l'implication de l'Association, en tout cas, ne s'est jamais voulue à ce niveau-là. Si vous avez une pharmacie qui dessert l'interne et l'externe...

M. Rochon: Oui. C'est ça.

M. Pesant (Yves): ...cette pharmacie-là aurait, en fait, le même rôle qu'elle joue actuellement dans le régime de circulaire «malades sur pied».

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député...

M. Rochon: O.K. Noté. On va... Dr Rivard veut continuer, puis, après ça, on passe...

M. Lavoie (Jean-Luc): J'avais juste un...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très court, parce qu'il y a le député de Robert-Baldwin...

M. Lavoie (Jean-Luc): Oui, oui. C'est court. C'est court, court.

M. Rivard (Georges): Étant donné que vous reconnaissez la notion de groupe très fermé, j'aimerais qu'on puisse maintenir cette notion-là aussi sur la gestion des types de médicaments et la liste et qu'on soit aussi reconnu comme un groupe fermé qui peut aider à autogérer cette liste-là. Il y a des considérants spéciaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Lavoie, très court aussi.

M. Lavoie (Jean-Luc): Tel était...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est ce que vous vouliez dire?

M. Lavoie (Jean-Luc): Tel était mon commentaire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ah! Merveilleux. Communication excellente. M. le député de Robert-Baldwin.

● (20 h 50) ●

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci à vous d'avoir accepté surtout, là, l'invitation de la commission, mais de nous présenter les implications de cette terrible maladie qu'est la fibrose kystique.

Le ministre vient juste de dire qu'un groupe fermé comme le vôtre, bien, peut-être qu'on pourrait trouver une solution particulière, et je pense que ça

s'adresse sûrement à tous les patients qui sont atteints de maladies graves. Eh bien, est-ce qu'on ne pourrait pas avoir, un peu à l'intérieur du régime, un régime d'exception? Je pense qu'il y aurait sûrement un intérêt à regarder comment ça pourrait évoluer, comment ça pourrait se manifester.

Mais ma préoccupation, actuellement, est qu'avec ce que nous avons, avec les connaissances que nous avons, bien, je ne vois pas comment on peut vous aider d'une façon particulière. Il y a une liste de médicaments qui doit être adressée par le CCP, il y a des nouveaux médicaments qui vont vous concerner de très près. Je pense qu'il y a de la recherche qui se fait du côté de la fibrose kystique qui est extrêmement importante. Eh bien, je ne sais pas comment ces médicaments-là pourraient percer et pourraient être ajoutés à la liste des médicaments recommandés par le CCP au ministre, décidés par le ministre, à la Régie de l'assurance-maladie. Pour moi, c'est là où est le problème du régime actuel. Il faudrait qu'on ait cette garantie que les médicaments qui puissent vous aider, bien, c'est certain qu'on pourrait les donner aux patients qui en ont besoin. J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet.

M. Pesant (Yves): Bien, effectivement, vous avez raison. En fait, si on comprend, le système veut que toute personne fibrokystique ait accès aux molécules qui ont démontré être efficaces pour améliorer son espérance de vie ou sa qualité de vie. Alors, les molécules qui vont venir, la thérapie génique dans laquelle on met beaucoup d'espoir, vont certainement être extrêmement dispendieuses, peut-être autant que le Pulmozyme, je ne le sais pas. Mais sachez que, si cette technique-là est disponible un jour, on peut peut-être parler qu'éventuellement on va faire des économies sur d'autres plans au niveau de la fibrose kystique, mais, ça, c'est loin d'être sûr, par exemple. Alors, effectivement, le régime devra permettre d'accepter toute l'information qui peut venir du comité d'experts, qui centralise toute l'information, qui étudie les patients et qui s'engage toujours à donner un suivi, comme il y a eu avec le Pulmozyme. J'aimerais laisser la parole au Dr Rivard pour qu'on...

M. Rivard (Georges): Il y a deux éléments très importants. On parle des médicaments spectaculaires, mais, à date, en 1996, ce qui a fait bouger la fibrose kystique, ce n'est pas les médicaments spectaculaires, c'est l'accessibilité à tous les médicaments de base. Même si vous ne l'avez pas, la liste, avec vos yeux, vous pouvez voir. Il y en a six en 1981. On est en 1996, il y a six groupes de reconnus dans une liste d'exception qui était la circulaire 1981. Les deux autres colonnes, ce sont des demandes d'addition formelles de médicaments ordinaires. Il n'y en a aucun là-dedans qui est un médicament d'exception, spécial, et la plupart sont reconnus sur la liste des médicaments au Québec. Ils ne sont pas remboursés dans la circulaire 1981, dans l'ancien régime. Si je comprends bien la nouvelle loi du ministre Rochon, ça réglerait ce problème-là.

M. Rochon: En majeure partie, en tout cas.

M. Rivard (Georges): En majeure partie, en partant. Ce qui est déjà...

M. Marsan: S'ils sont sur la liste. Ils le sont?

M. Rivard (Georges): Mais il y a déjà ça. Il va rester la problématique des médicaments nouveaux. Évaluer le coût-bénéfice d'un médicament nouveau en fibrose kystique, c'est évaluer deux impondérables très difficiles. On a vécu l'expérience ensemble, on a quand même offert une expertise qui nous a permis de cheminer. Ce n'est pas facile. Quand ça peut permettre de déboucher sur quelque chose qui vaut la peine, je pense qu'on devra y arriver. Mais, ça, on a vécu une première expérience qui nous a permis quand même de bouger. Mais les médicaments nouveaux, ils vont être... À date, on a uniquement des médicaments pour compenser les complications, mais on s'en va vers des médicaments qui pourront peut-être contrôler la maladie. Je pense qu'il faut accepter le principe, au départ, qu'il faudra que ça soit efficace, mais ça devra être disponible si ça arrive, par exemple. Il faut se préparer à ça.

M. Marsan: Alors, efficace mais disponible. C'est toujours notre crainte, là, parce qu'il me semble qu'on n'a pas de garanties, par rapport aux nouveaux médicaments, qu'ils pourraient être disponibles, surtout s'ils sont coûteux. C'est cette partie-là que nous souhaitons ajouter ou bonifier dans le projet de loi, où nous voulons vraiment que le critère de coût ne soit pas retenu par le CCP.

M. Rivard (Georges): Mon élément de solution, compte tenu de la structure, de toute l'importance que va avoir le CCP, c'est que cet organisme-là accepte et maintienne un niveau d'échange et de collaboration avec des groupes très fermés d'experts pour pouvoir discuter et ne pas appliquer des mesures générales à des médicaments généraux sur des situations particulières. Et je pense que ça a pu être l'écueil antérieur. Nous ne voulons pas être une partie... être un comité qui décide. On veut être impliqué régulièrement dans la consultation pour arriver à avoir la meilleure perception. Mais, ça, je pense que, compte tenu de l'importance que vous accordez à ce Conseil-là, on demande que, pour la fibrose kystique, comme c'est fermé, on soit consulté.

Je «peux-tu» juste faire une suggestion aussi? Votre idée du Comité de revue d'utilisation, qui est indispensable, je pense, j'ai vu la composition. Ce n'est pas spécifique à la fibrose kystique, mais puis-je vous suggérer d'y inclure un pédiatre? Les enfants représentent une partie très importante de la population québécoise, et la discussion et les besoins en pédiatrie, ce n'est pas nécessairement un adulte qui voit petit. Et je pense que ce serait important qu'il y ait un pédiatre dans le tableau.

M. Rochon: L'enfant n'est pas un petit adulte.

M. Rivard (Georges): Et voilà! Vous l'avez déjà entendu.

M. Marsan: Alors, M. le Président, j'aimerais poursuivre et m'adresser à M. Barnard, surtout, pour la qualité du témoignage qu'il nous apporte. Vous avez parlé de ceux qui sont à l'école à temps partiel ou à temps complet et qui ont plus de 18 ans. J'aimerais vous demander d'élaborer davantage. C'est quoi, les difficultés pour les étudiants atteints de fibrose kystique?

M. Barnard (Roger): Bien, en fait, c'est que, tous les jours, on vit avec cette maladie-là qui, souvent, a des aspects prévisibles et imprévisibles. Souvent, on peut tomber en surinfection et tomber sur des traitements antibiotiques intraveineux, qui se font de plus en plus à domicile, donc qui peuvent restreindre l'accès à l'école. À ce moment-là, c'est des périodes d'une quinzaine de jours. Alors, c'est des difficultés qui sont vécues par les adultes qui, s'ils sont à temps plein, sont considérés comme une personne normale ayant cinq cours de trois crédits. C'est assez difficile de suivre le rythme avec ces traitements intraveineux ponctuels ou lors de surinfection.

Il y a aussi que, lors des visites à l'hôpital, on doit s'absenter des cours puisqu'on s'en va dans des cliniques normales. Souvent, aussi, étant donné les situations économiques difficiles, on doit étudier et souvent travailler, ce qui est encore plus difficile pour une personne qui est atteinte d'une maladie chronique. Alors, on sait tous que le marché de l'emploi est difficile, les études, c'est aussi difficile.

Alors, quand on est atteint d'une maladie chronique et qui dégrade avec l'âge, il faut être, pas un champion, mais il faut être assez fort mentalement pour pouvoir persévérer. Donc, plus on a de handicaps comme ça, plus on a de difficultés, plus on est restreint au niveau financier, plus ça devient dur et plus c'est vécu difficilement par les personnes atteintes. Alors, c'est dans ce sens-là qu'il faut voir la difficulté d'un adulte qui vit cette problématique-là. Alors, plus on en impose, plus on fait de restrictions, plus il se sent isolé et plus c'est difficile de continuer à être motivé puis de rester un citoyen actif. C'est le but, en fait, de toute personne, d'être valorisée, d'être un citoyen actif. Du moment où on se sent isolé puis on sent que ça ne donne plus grand-chose d'essayer de pousser, on perd un peu nos moyens.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Barnard, pour nous, vous êtes un champion.

M. Marsan: Oui, oui, vraiment. Je pense que c'est extrêmement gentil, M. le Président, d'avoir dit ce que je pense que tous les députés pensent ici. Je voudrais continuer. Ma question s'adresse peut-être au Dr Rivard. Vous avez parlé d'élargir la couverture des médicaments aux vitamines, aux suppléments nutritifs,

l'oxygène, certains équipements comme les compresseurs, l'insuline, et tout. Actuellement, à ma connaissance, à moins que le ministre me corrige, et ça me ferait grandement plaisir, je ne pense pas que c'est prévu dans le projet de loi. Je voudrais vous entendre sur l'utilité et le grand besoin de ces ajouts au projet comme tel.

• (21 heures) •

M. Rivard (Georges): Moi, j'aimerais que, dans le projet de loi, dans ce qui est accessible, tout outil qui peut me permettre d'améliorer la qualité de la santé de mon individu soit reconnu et supporté dans un régime qu'on appelle de médicaments, dans un régime de support de soins, ce qui fait que, de l'oxygène, pour un patient qui en manque, ça devient un médicament. Une thérapie respiratoire... être bloqué dans les sécrétions, bien, il n'y a pas un seul médicament qui va être efficace, même si on fait n'importe quelle belle étude, si je ne suis pas capable de cracher comme il faut puis de m'en débarrasser. Il y a des outils de traitement, qui ne sont pas des pilules ou des sirops, qui doivent être considérés comme partie intégrante du plan de traitement, et tout ça devrait être inclus dans la couverture. Pour le patient qui a besoin d'avoir de l'oxygène, c'est très dispendieux d'avoir un concentrateur d'oxygène et c'est indispensable, mais ce n'est pas défini comme un produit, à 56.04 dans le volume des médicaments. Je pense qu'il faut que la loi nous permette d'aller les identifier ou de les regarder peut-être comme moyens, comme supports supplémentaires. Je ne sais pas quelle mécanique on peut prendre. Est-ce qu'il est prévu, actuellement, que ce soit reconnu ou pas? Moi, je n'ai pas vu d'avis là-dessus.

M. Marsan: Moi aussi, j'aimerais ça avoir une réponse.

M. Rivard (Georges): M. le ministre, est-ce qu'on peut... Ça, est-ce que c'est l'exception, ça peut être reconnu comme médicament d'exception ou de situation exceptionnelle ou...

M. Rochon: Je pourrai répondre en concluant. Je ne veux pas... Il y a deux choses qui... Il y en a qui se font en partie. Ça se fait déjà actuellement puis c'est prévu de continuer. J'essayais de vérifier, rapidement, si c'est dans le texte de loi comme tel ou si c'est prévu pour être dans la réglementation. Il y a déjà certains instruments nécessaires pour l'utilisation d'un médicament. Une seringue, par exemple, pour l'insuline, bon, c'est prévu que, ça, ça fait partie du médicament, comme couverture. Alors, je ne pourrais pas vous dire, de mémoire, quoi exactement qui est là ou pas, mais c'est quelque chose qui existe déjà. En plus de ça, certains médicaments... Pour parler des vitamines, qui ne seraient pas, par exemple, couvertes pour tout le monde sur la liste, ça peut devenir couvert pour une pathologie particulière. Ça, ça pourrait être prévu si c'est jugé comme faisant partie du traitement de base pour tel genre de pathologie. Alors, ça, ce sont deux choses, déjà, qui font partie de la façon de fonctionner.

M. Rivard (Georges): Si on fait une démonstration que ça fait partie d'un traitement de base, ça va être couvert.

M. Rochon: C'est ça. Il s'agit de voir, pour chaque cas ad hoc, qu'est-ce qui est accepté ou pas, mais c'est le genre de choses qui peuvent se faire. Mais là, on pourra sûrement se dire, je pense, pour être réaliste, que des vitamines, par exemple, ça ne sera probablement pas couvert pour tout le monde, pour toute la population, mais, pour un cas de même, oui, ça peut l'être.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vais prendre une dernière question par le député de Notre-Dame-de-Grâce, parce que, apparemment, on devrait être appelés pour aller voter vers 21 h 45, et je voudrais bien qu'on ait du temps pour entendre madame aussi. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Une brève question, M. le Président, qui revient à la préoccupation que vous avez exprimée quant à la possibilité de l'augmentation des coûts et de la prime, franchise, coassurance. Vous avez fait référence à d'autres provinces, c'est ça qui m'intéresse le plus. On a déjà eu une démonstration, aujourd'hui, de la possibilité d'une prime basée sur la consommation estimée, ajoutée d'un frais d'administration de base qui est prévu dans la loi. Le Regroupement des assureurs est venu avec la possibilité des frais de gestion individuels qui vont augmenter le coût de la prime. On a eu le commentaire du ministre: peut-être que la prime va baisser. Là, vous avez, semble-t-il, fait référence à d'autres expériences dans d'autres provinces où ce n'est pas tout à fait le cas, où les primes ont baissé. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus, si possible.

M. Pesant (Yves): En fait, je vais avoir des sources publiques. En fait, pour revenir au coût qui a été estimé, je peux revenir un peu à l'article qui était dans *La Presse* de samedi, où l'étude a été faite au niveau des autres provinces, où il y a eu une augmentation. En Saskatchewan, au Manitoba, par exemple, la couverture actuelle ne prend effet qu'au-delà de la franchise de 850 \$. En fait, il y a eu une coassurance qui a été augmentée aussi, jusqu'à 35 %, oui. Ça, c'était pour six mois. Tout a été augmenté assez rapidement, de l'ordre de plusieurs... peut-être 20 % ou 25 % des coûts.

Écoutez, on se réfère à un article qui est ici. On n'est pas des experts dans ce domaine-là, mais, dans les régimes en Europe, je suis certain que le ministère est au courant de ces coûts. En France, par exemple, les coûts ont augmenté, les primes, tout ça. Alors, on parle de quelque chose... Ce qui nous inquiète, c'est où on s'en va, parce que, si on consommait d'une façon épisodique, comme ça a été mentionné, ça va, mais, nous, les personnes atteintes de fibrose kystique, c'est à la vie, ce sera toujours au maximum.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Lavoie, un commentaire additionnel?

M. Lavoie (Jean-Luc): Oui. C'est un article, donc, qui est connu. C'était dans *La Presse* de samedi. Ça a été lu par des parents et c'est clair que ça a levé des inquiétudes au niveau des parents. C'est clair aussi qu'actuellement on n'a pas de réponses à ces inquiétudes-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière, M. le député.

M. Copeman: Oui, oui. La difficulté qu'on a comme législateurs, c'est que le tout, prime, coassurance, franchise, est assujéti à des règlements du gouvernement. Comme législateurs, nous autres, on ne connaît pas non plus... On se fie à ce que le gouvernement va proposer par règlement. Un règlement, ça se change assez facilement, vous allez en convenir avec moi. Ce n'est pas dans la loi. Ce n'est pas précisé. On fait référence au règlement adopté par le gouvernement. C'est ça qui me préoccupe comme législateur, qu'en tant que député je n'ai pas le moindre contrôle sur les divers éléments qui sont soumis à ces paramètres-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Lavoie, réponse courte là-dessus.

M. Lavoie (Jean-Luc): Bien, je pense que l'Association québécoise de la fibrose kystique a toujours bien suivi les dossiers concernant les coûts liés au traitement de cette maladie-là à travers les différents paliers gouvernementaux. C'est très clair que, face à cette inquiétude-là, l'Association va continuer d'être excessivement vigilante, mais, actuellement, je vous le répète, on n'est pas en mesure de rassurer nos membres, qui en font partie de façon bien involontaire, vous en conviendrez.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Robert-Baldwin, pour la conclusion.

M. Marsan: Oui, M. le Président. Merci à nouveau. J'ai l'impression que, ce soir, on a franchi un pas extrêmement important. Vous nous avez, de nouveau, fait des témoignages; je pense aux étudiants à temps plein ou à temps partiel. Vous nous avez parlé de l'abonnement à vie à cette terrible maladie, de l'importance d'avoir accès aux médicaments. Vous souhaitez aussi être consultés au niveau du Conseil consultatif de pharmacologie par le biais d'un pédiatre, et je pense que votre suggestion est très bien reçue et elle est extrêmement légitime. Ce qu'il y a peut-être de nouveau, c'est la question que le Dr Rivard a adressée au ministre, surtout sur la notion de groupe fermé, qu'il y a des ajouts qui pourraient être faits; ça pourrait être des vitamines, des suppléments nutritifs, de l'oxygène, à certains moments donnés. Je pense que c'est des mesures d'exception. Je pense que,

comme vous l'avez dit, M. le ministre, ce n'est pas élargi à l'ensemble du régime, mais c'est donc important pour les groupes qui sont atteints, comme le vôtre, de la fibrose kystique.

Je pense que c'est un pas important que vous nous avez fait franchir. Pour ça, je vous remercie beaucoup, pour le reste aussi, mais pour ça particulièrement. Je voudrais vous remercier aussi, M. Barnard, pour les témoignages que vous nous avez rendus. Nous retenons aussi toute l'importance de la nouvelle médication, de l'impact qu'elle peut avoir et de l'accessibilité à cette nouvelle médication là, surtout si elle peut être extrêmement utile pour les patients. Alors, merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M le ministre.

M. Rochon: Oui. Merci, M. le Président. Alors, je vous remercie aussi beaucoup de votre collaboration, même avant, et, à l'avance, pour celle qu'on va sûrement devoir maintenir ensemble pour mettre en place un système comme celui-là. Il y a peut-être trois choses que je voudrais dire en concluant.

D'abord, bien rappeler que — je pense que vos réactions, là, je les interprète, j'espère, correctement dans ce sens-là — une gestion responsable d'un régime comme ça, comme dans n'importe quel régime, ne peut pas exclure la considération du prix qui est demandé pour un produit, que ce soit le médicament ou n'importe quoi. Mais, quand on dit que le CCP a déjà et aura une fonction accrue pour bien évaluer le juste prix, ça veut dire, par exemple, des situations qu'on a eues, concrètes, qu'il y a un nouveau médicament qui sort, dont on dit, selon les évaluations faites, qu'il est efficace pour 20 % à 25 % des gens qui ont une maladie, puis qu'on ne peut pas savoir pour qui c'est efficace. S'il coûte 20 000 \$ par année, là il faudra se demander: Est-ce qu'on ne fait pas un peu plus de recherches ou on ne finance pas, par la voie d'une recherche clinique plus poussée, avant de généraliser le paiement d'un médicament? Vingt mille piastres par année, pour 80 % des gens qui vont le prendre, puis ça ne sera pas plus efficace pour eux. C'est ce genre de choses là qu'on veut dire. Il faut bien s'entendre. Mais on ne peut pas être dans une situation, par exemple, où c'est parce que le médicament est coûteux qu'on ne le prendra pas. C'est justement un régime comme ça qu'on veut, être capable de se donner la mutualisation nécessaire pour prendre ces médicaments-là qui coûtent très cher, mais, comme c'est pour un petit groupe de personnes, si le coût est mutualisé, ça devient possible de le payer. Si on laisse ces gens-là seuls, comme petit groupe, le payer, là ce n'est pas possible. Alors, ce n'est pas sorcier. C'est l'effet de généraliser le système qui permet vraiment d'absorber même les médicaments coûteux.

● (21 h 10) ●

Deuxième chose, vous avez parlé beaucoup — je pense que vous avez raison, ça fait partie des modes de

fonctionnement du CCP; il faudra peut-être le intensifier un peu — que le CCP, dans son fonctionnement, soit en lien, maintienne une relation avec chacun des groupes, les experts qui connaissent bien un secteur et qui sont en lien avec un groupe. C'est quelque chose qui va juste aider. C'est normal, dans le fonctionnement du CCP, qu'il ne puisse pas y avoir tous les experts pour toutes les situations. Alors, il faut qu'il y ait un noyau d'experts qui ont une connaissance assez générale et qui travaillent avec un réseau, comme c'est déjà le cas actuellement. Et ça, je peux vous assurer que l'intention y est et qu'on va s'assurer que ça se structure encore mieux, au besoin, ce fonctionnement-là.

Finalement, quant au contrôle des coûts, il faut s'assurer que l'indexation ne nous amène pas le système hors de proportion. Moi, tout ce que je peux vous dire là-dessus, c'est que c'est une situation à laquelle on va devoir faire face, qu'on va devoir gérer. On ne peut pas savoir ce que l'avenir nous réserve, mais je peux vous dire, par exemple, qu'il y a une volonté politique très nette qu'on se donne les moyens de les contrôler puis qu'on les contrôle, les coûts. Ça s'est fait dans d'autres domaines, puis je pense qu'il n'y a pas de raison pour laquelle ça ne devrait pas se faire dans ce domaine-là aussi. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, monsieur.

M. Pesant (Yves): Juste pour vous remercier, moi aussi, au nom de l'Association de la fibrose kystique. Je vais vous rappeler un groupe dont on n'a pas parlé, c'est les greffés. Ces ressources... C'est quelque chose, vous savez, quand on est au bout du rouleau et que la seule chose qu'il nous reste dans la vie, c'est d'être greffé. Et les ressources, on sait qu'il y a des problèmes de don d'organes, mais aussi les ressources financières, soutenir le centre des greffés à l'hôpital Notre-Dame. Je pense que c'est une considération importante, le financement de ça. C'est un centre provincial. Donc, j'espère que vous allez en prendre grande considération dans tout ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Je voudrais juste vous dire que, durant toute votre période, il y a une madame, en arrière, qu'on invite à se joindre à nous, qui est Mme Lemieux-Brassard, qui fait des signes de tête comme quoi elle est d'accord avec ce que vous dites et ce que vous demandez.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, merci beaucoup.

À l'ordre, s'il vous plaît! Si on pouvait avoir un peu d'espace pour aider Mme Lemieux.

À l'ordre, s'il vous plaît! Nous serions prêts à commencer.

Alors, Mme Lemieux-Brassard, on vous dit à nouveau bonjour. Vous représentez la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec, la COPHAN. On a parlé de votre organisme cet après-midi. Évidemment, vous êtes maintenant une habituée, vous aussi. Alors, vous avez 20 minutes ou moins, étant donné qu'on doit partir alentour de 21 h 40, 21 h 45.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): C'est ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si vous voulez parler beaucoup, ça raccourcit l'échange. Alors, c'est votre choix.

**Confédération des organismes provinciaux
de personnes handicapées du Québec (COPHAN)**

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Ça va dépendre de comment je vais me sentir. Ha, ha, ha! Merci, M. le Président. M. le ministre, MM. et Mmes les députés. Je pense que l'important, avec ce que j'ai entendu juste avant aussi, c'est également de spécifier que je suis présidente de l'Association québécoise des étudiants handicapés au postsecondaire. Effectivement, suite au décret 831-94, il y a eu une coupure, de 12 types de déficience à quatre, pour être reconnu étudiant avec limitations fonctionnelles majeures. Mais l'AQEHF a gagné, à travers les procédures de révocation et le comité MacDonald, Groupe de travail sur l'aide financière aux étudiants. Les étudiants qui ont la fibrose kystique, la sclérose en plaques et autres maladies évolutives peuvent, en dérogation, être capables de se faire reconnaître pour leurs besoins spéciaux et d'étudier à demi-temps, sauf qu'il faut connaître le processus. Puis je voulais le dire parce que c'est un des points que j'ai à soulever.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Parce que vous faites un lien avec...

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Il y a un lien... Bien, en fait, c'était un des éléments que j'avais soulevés déjà, à ma lecture du projet de loi. Puis, comme le lien est très direct, je pense que c'est important que, quand vous recevez des jeunes dans vos bureaux de comté, vous sachiez que ça existe puis qu'il y a des procédures, et qu'il y a des précédents aussi là-dessus. Je pense qu'il y a de la... Quand on dit qu'on est des agents multiplicateurs, ça prend toutes formes, puis, ça, c'en est une.

Il est clair... En tout cas, je vais me permettre, si vous me le permettez, en fait, de faire mes recommandations à mesure que je vais aborder les sujets, ne sachant pas jusqu'où je vais pouvoir me rendre dans mon processus.

Je pense qu'un des éléments, dans la section des notes explicatives, qui soulèvent des problèmes... des problèmes... des interrogations, c'est que, dès le départ,

on se rend compte que, pour les personnes qui ont des incapacités — et, là-dessus, pour moi, c'est personnes handicapées, entre guillemets, mais vraiment des personnes qui ont des incapacités — des limitations fonctionnelles et qui veulent une participation sociale, dans le projet de loi, à prime abord, ce qu'on y voit, c'est un fardeau supplémentaire. Un fardeau supplémentaire, d'une part, parce que non seulement on est loin d'une reconnaissance des coûts additionnels, mais on rajoute des coûts additionnels au niveau des médicaments et... en tout cas, la franchise, le 25 % jusqu'à un plafond et, dans certains cas, des primes. La liste aussi, problèmes avec la liste.

Je regarde à la page... je pense que ça donne à la page 3, quand on dit, avant d'embarquer dans les lois modifiées par ce projet, que ça modifie également, ou, en fait, on modifie également cette loi pour créer le Fonds de l'assurance-médicaments. Il ne faut pas oublier qu'il y a déjà le fonds solidarité et de santé, pour lequel les aînés ont été exemptés, mais que, nous autres, on paie. Tous ceux qui ont une rente d'invalidité ou qui ont une bourse d'étudiant — parce que les étudiants handicapés n'ont pas de prêt, c'est transféré en bourse — on le paie, le 150 \$ par année dans le rapport d'impôts. Il y a eu des représentations. Pourtant, on est encore à le payer, ce fonds-là.

Alors, est-ce que, là, le fonds de l'assurance-médicaments... Jusqu'où on va aller à repayer? Parce que c'est clair que la clientèle dont je parle, c'est l'ensemble des personnes qui ont des limitations fonctionnelles ou des incapacités, que ce soit la dystrophie musculaire, la neurofibromatose, la fibrose kystique, la paralysie cérébrale, tous les types d'ataxie, toutes les maladies évolutives. Je veux dire, c'est l'ensemble. On a une réalité qui est qu'on n'a pas demandé, personne, d'avoir ces contraintes et on n'a pas demandé, personne non plus, d'avoir à prendre des médicaments ou de dépendre de préposés ou d'autres personnes pour pouvoir vivre puis, encore moins de devoir payer des coûts additionnels pour avoir une toilette portative ou des bancs de douche ou des bancs de bain, dont on ne sait plus où ils vont être parce qu'ils ne sont pas dans la liste. Pourtant, ils étaient aux annexes II, III et IV du règlement de la sécurité du revenu.

Alors, une des premières recommandations, c'est l'ajout des annexes II, III et IV du règlement de la sécurité du revenu à la liste, parce que, pour nous, sans ces accessoires ou ces fournitures médicales là, on ne peut pas vivre. Et ce n'est plus les CLSC et les régies qui vont les payer. Les brosses à long manche, ils nous les vendent maintenant 6 \$ chacune, puis ce n'est plus des brosses à poils, c'est des brosses en «foam». Ça fait que tu es pris pour en acheter aux deux mois. Il n'y a personne qui les paie.

• (21 h 20) •

Une voix: ...

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Oui. Mais là, c'est maintenant rendu les CLSC. Les CLSC les

achètent, ils prennent leur fonds et les achètent et les vendent aux usagers. La brosse, entre autres, en date de jeudi dernier, elle était 6 \$.

Alors, ce qui est dans les annexes, je pense que c'est essentiel parce que ça fait partie... Et c'est là qu'est tout le débat entre le «médicalement requis»... Je vois là-dedans «pharmaceutiquement requis». On «va-tu-se rendre au «socialement requis», puis, à ce moment-là, on n'aura plus de place, ou quoi? Je pense que, grosso modo, ça implique, puis c'est un petit peu dans ce sens-là que... Oui, j'ai commencé raide quand j'ai dit que j'ai des préoccupations majeures et que c'est des fardeaux. Sauf que, si on ne les a plus, comment est-ce qu'on va faire pour fonctionner?

J'arrive directement au niveau de toutes les questions par rapport à la liste. C'est clair. Quelle va être la liste, à l'heure actuelle, versus les besoins réels de l'ensemble de la population, des personnes qui ont des incapacités? Vous avez entendu parler tantôt de la fibrose kystique, mais je peux vous dire que j'aurais des gens de la dystrophie musculaire ou de l'ataxie qui seraient ici puis qui vous diraient la même chose. Il y a différents types d'ataxie. Il y a des ataxies dont les pronostics sont très graves, à défaut d'avoir d'autre terme, puis je pense qu'il ne faut pas commencer le débat à comparer de un à l'autre. Le fait est qu'il y a des personnes qui se retrouvent avec des limitations, avec des incapacités qu'elles n'ont pas demandées, et je suis la première à vous dire qu'on ne sait jamais ce que demain nous réserve, et ça, gardez-le en tête. Mais, ça, ça veut dire aussi comment être capable de payer les médicaments dont on a besoin et les aides dont on a besoin.

Deuxième recommandation précise, c'est au niveau de la clientèle. D'une part, je vois que les enfants ne paieront pas, mais, en même temps, pour les familles où il y a un enfant, c'est une prime familiale supérieure parce qu'il y a un enfant puis que c'est familial. J'ai des questions. J'aime autant les laisser sous forme de questions, parce que j'espère qu'on aura d'autres occasions de s'en parler, puis dans une vraie discussion plus informelle où on pourra échanger plus.

Mais, au niveau des étudiants, je pense que ce qui est important, d'une part... C'est bien beau, les étudiants qui ont plus de 18 ans, qui étudient à temps plein, qui demeurent chez leurs parents. Il faudrait une harmonisation avec la Loi sur l'aide financière aux étudiants. Tout étudiant qui n'a pas complété 90 crédits d'un programme universitaire, ou qui n'a pas d'enfant, ou qui n'a pas de conjoint, ou qui n'a pas travaillé deux ans dépend du revenu de ses parents, qu'il demeure à la maison ou non. Donc, que l'ensemble des étudiants, qu'ils demeurent à la maison ou non, soient également exonérés. Et, bien entendu, l'ensemble des étudiants avec limitations fonctionnelles ou, en fait, ce que la loi dit, déficiences fonctionnelles majeures, qui étudient à demi-temps à cause de leurs limitations et qui, pour les fins du programme d'aide financière, sont considérés comme étant à temps plein. Alors, je pense que ces deux

clientèles-là devraient définitivement être incluses dans le — en fait, c'est à l'article 17 — être considérées dans l'exonération, en tout cas, des primes.

De plus — je pense qu'il faut aller plus loin — les personnes handicapées qui ont une rente d'invalidité, pourquoi elles ne sont entrées nulle part là-dedans? Elles ne sont pas sur la sécurité du revenu, mais le maximum, il est en deçà, et, à l'heure actuelle, on sait que la sécurité du revenu refuse de fournir les fournitures médicales et refuse toute demande de soutien financier depuis exactement sept semaines, depuis qu'on a commencé à négocier.

Je pense que les gens qui ont quelque rente que ce soit... On parle du supplément de revenu. Pourquoi la rente d'invalidité n'est pas incluse là? Ce n'est pas avec un maximum de 800 \$ par mois qu'ils vont être plus capables de répondre au coût de la prime, de la franchise et de la coassurance.

Je vais aller directement... Il y a plein d'éléments, mais je vois aussi que le temps court et je préférerais être capable de répondre à des questions par la suite. Il y a toute la notion... et j'ai en tête, particulièrement, des greffés, des gens qui ont des problèmes de santé mentale, qui vont se retrouver à choisir: le premier mois, je paie mon loyer ou je paie mes médicaments, puis, le deuxième mois, je mange ou je prends mes médicaments. On va faire quoi? Et, en santé mentale, c'est un problème majeur. Est-ce que, avec le virage ambulatoire, on va être prêt à récupérer... Je ne suis pas sûre qu'à Montréal Albert-Prévost puis Louis-H. vont être prêts à les ramasser en gang en dedans de 60 jours après que la nouvelle loi va être appliquée, sauf qu'on risque de se retrouver avec ça. Parce qu'ils ne l'auront pas, l'argent, pour payer déjà la franchise et, après ça, 25 % du montant qu'ils ont à faire.

Sans élaborer plus en détail, je peux vous dire qu'en ce moment j'ai, dans mon sac à main, 576 \$ de factures pour des choses achetées vendredi. Je n'ai toujours pas mes couches, parce que je n'avais pas l'argent pour le faire, puis il manque deux médicaments pour mon fils. C'est mon loyer de juin. Je ne paie pas le loyer de juin pour payer mes médicaments, mais j'ai reçu un avis de la Régie parce que le propriétaire dit que je suis en retard dans mes paiements de loyer. Tous les mois, c'est la même affaire, il faut que j'attende d'avoir reçu un remboursement des médicaments pour pouvoir payer. Ça fait que je suis toujours en retard. Puis, il a le droit de me mettre à la porte, même si l'adaptation du domicile, je n'ai pas droit à une prochaine avant un autre trois ans plus la liste d'attente. Je fais quoi entre-temps? Il y en a combien comme ça? Des greffés rénaux, j'étais avec Simon, hier, c'est 900 \$, un médicament payé par le gouvernement, puis 600 \$, qui est le sien. Tous les mois. Comment il va payer ces médicaments-là?

La recommandation — et ça, je peux vous dire que ce n'est pas juste de l'exécutif et du C.A. de la COPHAN, parce que, hier, on a eu une rencontre ponctuelle de l'ensemble du milieu, justement, où on parlait

de la sécurité du revenu, et on s'est mis à parler du projet de loi sur l'aide juridique et de l'assurance-médicaments, bien entendu, et la recommandation est claire, on a une Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées où, à l'article 1g, on définit c'est quoi, une personne handicapée — donc: Que toute personne qui a une atteinte significative et persistante, qui utilise orthèse, prothèse ou accessoires, soit exemptée de prime, de franchise et de coassurance. Ces personnes n'ont pas demandé à avoir ces atteintes. On nous dit, dans cette loi-là et dans la Charte, qu'on est tous des citoyens à part entière. Il faudrait peut-être qu'on commence par avoir les moyens de participer socialement et d'être des citoyens. Ça, c'est l'autre recommandation.

● (21 h 30) ●

Pour clore, parce que je préférerais des questions, quelle est la place, d'ici le début de tout ça, du consommateur, de l'utilisateur de ces outils-là? Parce que, pour nous, les médicaments, dans l'optique où on les voit, ça inclut également les fournitures médicales et les accessoires. C'est notre déjeuner, c'est notre dîner, c'est notre souper. On ne peut rien faire sans ça. Déjà, avec le virage ambulatoire, on a un problème. Parce que ce n'est pas juste nous, là. En sortant les gens des hôpitaux plus tôt, est-ce que les gens vont devoir avoir à payer... on appelle ça un cabinet d'aisance, une toilette portative pour que ce soit à côté du lit au lieu de marcher puis de se rendre, ou le morceau qu'on met par-dessus la toilette pour que ce soit plus accessible, ou le banc de douche, ou le banc de bain, alors qu'on voit qu'à l'heure actuelle, déjà, les CLSC ont changé les critères et les normes des services offerts? Je pense qu'il faut aussi le regarder. En contexte du virage ambulatoire, ça va créer des problèmes aussi. Alors, qu'est-ce qu'on fait dans ce contexte-là?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, madame. M. le ministre.

M. Rochon: Oui, merci, M. le Président. Je vais aller brièvement au noyau, là, vu que le temps nous est compté. Bon. D'abord, une première observation, si vous permettez, Mme Lemieux-Brassard. Le régime qui est proposé là ne veut pas remplacer tout autre programme qui existe puis tous les couvrir. Ça serait peut-être l'idéal, mais, ça, ce n'est pas possible et ce n'est pas ça que ça essaie de faire. Alors, ce qui existe comme programme orthèses-prothèses à la Régie de l'assurance-maladie du Québec présentement, les programmes qui sont transférés de l'Office des personnes handicapées du Québec pour des aides techniques, c'est une autre chose, les CLSC, c'est une autre chose. Il y a peut-être des améliorations à faire dans ces programmes-là aussi, là, compte tenu des contextes budgétaires actuels. Je ne nie pas ça, mais c'est une autre chose. Ce que ce régime-là veut faire, c'est spécifiquement sur le médicament et des choses très connexes au médicament, l'exemple typique étant la seringue pour prendre l'insuline, ou des choses du genre. Alors, je ne renie pas d'autres

situations qui auraient à être améliorées, mais, ça, ce n'est pas l'outil omnibus qui peut tout faire, là.

Maintenant, étant sur le médicament, j'aimerais comprendre, là, que vous m'aidez à voir jusqu'à quel point on s'approche de quelque chose qui est une amélioration ou pas. Ce que l'approche a voulu faire ici — et, ça, je pense que c'est quelque chose, par des discussions antérieures, je croyais, avec lequel vous étiez d'accord — on essaie de prendre une approche où les gens vont avoir une certaine contribution en fonction de leurs revenus et non pas en fonction d'une classe qu'on donne aux gens, qui s'appelle apte, inapte, invalide, ou des choses du genre. Ça, je pense qu'on est d'accord là-dessus, que l'approche est pas mal mieux si on y va par le niveau de revenus des gens.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): C'est clair.

M. Rochon: Bon. Mais, pour des gens qui, présentement... Parce qu'il faut comparer ça avec la situation actuelle. Ça ne fait peut-être pas l'idéal, le système, mais est-ce que c'est un pas significatif — c'est ça que j'essaie de comprendre — par rapport à la situation actuelle? Par rapport à la situation actuelle, une personne, par exemple, qui serait prestataire d'aide sociale — on les reconnaît comme ça — qui serait classée inapte actuellement — je pense que c'est la situation d'un certain nombre de personnes qui vivent avec des incapacités et qui ont un handicap à cause de ça — bien, là, on ne dirait plus que c'est une personne qui est inapte ou qui est invalide, mais, compte tenu du revenu qu'elle a, elle serait ou non exemptée. Alors, si c'est une personne qui était dans un statut d'invalide, comme vous dites, je ne sais pas c'est quoi, les revenus d'une personne qui a une rente d'invalide, mais, si c'est comparable à quelqu'un qui serait un prestataire d'aide sociale et inapte, ça doit être en bas, pour un seul individu, de 10 400 \$, selon l'échelle proposée, donc cette personne-là ne paie pas de prime. Et cette personne-là a un plafond de 300 \$, puis tout le reste, ça ne lui coûte rien.

Est-ce que, là, quand on le prend comme ça, on apporte quand même une amélioration? C'est sûr que, pour quelqu'un qui est prestataire d'aide sociale, inapte, il ne paie rien actuellement pour tous les médicaments. Là, on va demander 300 \$, mais ça va permettre à l'autre personne, par exemple, qui est handicapée aussi, qui a un petit revenu de 8 000 \$, d'avoir la même exemption de prime qu'elle n'a pas présentement puis d'avoir un plafond à 300 \$, alors qu'elle n'a pas de plafond présentement. Ça va permettre à une personne qui a un petit revenu plus élevé, de 11 000 \$ ou de 12 000 \$, de payer une prime de 40 \$ ou de 80 \$ seulement et d'avoir un plafond qui va être, au maximum, à 750 \$. Est-ce que tout ça, là, dans l'ensemble, si on regarde l'ensemble des gens, ça apporte ou pas une certaine amélioration par rapport à la situation actuelle, ou si vous nous dites, là: De toute façon, tout le monde va être pire?

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): La seule amélioration, c'est d'avoir éliminé la distinction de soutien financier ou non, parce que, de toute façon, maintenant, au CTQ, au MSR, on ne nous reconnaît plus de soutien financier. C'est clair, ils n'en prennent plus. O.K.? Mon problème: où les gens vont-ils trouver les 300 \$, 400 \$, 500 \$, 600 \$ ou 700 \$ qu'ils n'ont pas?

M. Rochon: Bien, présentement, qu'est-ce qu'ils font? Ceux qui ne sont pas des prestataires...

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Ils paient 2 \$.

M. Rochon: Ceux qui ne sont pas des prestataires de l'aide sociale actuellement et qui ont 8 000 \$ pour vivre?

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Ils vont à l'aide sociale puis ils demandent à être un patient d'ex-ception.

M. Rochon: Mais tous ne sont pas acceptés. Il y a un niveau de revenus, là aussi, et il y en a qui, pour 40 \$ par année, ne passent pas la rampe, et là ils sont devant rien. C'est tout ou rien actuellement, là.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): À l'heure actuelle, il y a une situation où il y a des groupes communautaires, surtout au niveau du sida, qui se mettent sur pied pour faire des collectes de dons pour payer des médicaments. On a des gens qui, effectivement, s'arrangent pour être hospitalisés une fois par mois pour avoir des médicaments pendant qu'ils sont là puis sortir avec leurs médicaments; il y a plein de marques noires. C'est en dessous de la table parce qu'ils ne peuvent pas les payer.

L'Office a une liste d'attente de deux ans et demi pour payer des couches et des condoms urinaires en ce moment. Pourtant, la Sécurité du revenu, ils ne veulent plus les payer, ils ne veulent plus les donner, puis, aux prêts et bourses, ils ne les reconnaissent pas. C'est rien que du social. Reste chez vous, tu n'auras pas besoin de condoms puis de couches. À l'Office, pour des souliers, c'est cinq ans d'attente. Et je n'ai pas touché au transfert de l'aide domestique, aide à la vie quotidienne et tout le volet de la déficience physique, où, cette année, on s'était entendus que c'était 3 000 000 \$ pour que l'Office puisse continuer. Là on dit que, peut-être en décembre, ça sera fait, alors qu'on sait que c'est 7 000 000 \$ que ça va prendre pour le transférer pour éliminer les listes d'attente, mais, en même temps, en orthèses et prothèses, à la RAMQ, ils ont été coupés de 16 000 000 \$, ou 11 000 000 \$. Je veux dire, à un moment donné, il y a quelque chose qui ne marche pas. O.K.?

Moi, je vous dis, il y a des choses. Le gros qu'on a vu d'intéressant, c'est l'élimination de la notion d'inapte. Ça, ça a été la première affaire. Sauf que

l'autre problème, il est... Rappelez-vous «À part égale»; rappelez-vous l'entérinement des 15 grandes orientations par le Conseil des ministres en 1985, en 1988; n'oubliez pas le jugement du Tribunal des droits de la personne, il y a trois semaines, dans le dossier Lagacé: les personnes handicapées n'ont pas à assumer seules les coûts à cause de leur incapacité. On va se retrouver, des gens qui étaient déjà sur l'aide sociale et qui acceptaient une étiquette rien que pour pouvoir avoir leurs médicaments puis leurs fournitures médicales, à avoir, en plus, à aller quêter dans les popotes roulantes puis dans les soupes populaires pour être capables de payer le 300 \$ qu'ils vont avoir besoin de payer. Ça, c'est un problème. C'est là qu'il est, le problème.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Robert-Baldwin, on procède un petit peu plus rapidement à cause du temps. Je m'excuse.

M. Marsan: Mme Lucie Lemieux-Brassard, merci beaucoup pour votre témoignage. Je pense que vous représentez des gens qui sont en sérieuse difficulté, et vous nous dites que le programme, tel qu'il est actuellement, pourrait être bonifié de beaucoup pour qu'on puisse répondre aux besoins des patients que vous représentez.

Je voudrais laisser la parole à mon collègue, le député de Notre-Dame-de-Grâce, qui est le porte-parole officiel pour les patients handicapés, qui a une bonne compréhension, aussi, de toute la problématique et des difficultés qui y sont associées et, enfin, qui va faire le questionnement et aussi qui va faire les conclusions. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: J'apprends bien des choses, M. le Président, depuis deux ans; c'est ça qui est intéressant dans le dossier.

Juste pour tenter de clarifier un point que Mme Lemieux-Brassard — bonsoir! — a fait en ce qui concerne les rentes d'invalidité, parce que je pense que c'est important de clarifier avec le ministre. Tout ce qu'on a, nous, évidemment, c'est le communiqué de presse du ministre, qui indique les exemptions pour la prime. Ça, on comprend ça, c'est clair, c'est basé sur le revenu.

La question, je pense, que soulève Mme Lemieux-Brassard: Est-ce que la différence entre les plafonds, 300 \$, 500 \$ et 750 \$, est basée sur le revenu ou si elle est basée sur le type de revenu? Autrement dit, est-ce que c'est les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes qui reçoivent le supplément garanti qui sont exemptés du plus haut plafond ou est-ce que ça va purement avec le revenu? Parce que, si ça va uniquement avec le revenu, bien oui, le cas que soulève Mme Lemieux-Brassard, avec invalidité, est couvert, parce que la personne gagne en bas de 10 000 \$, ça fait que

peut-être que le plafond de 300 \$ s'applique, mais, s'il s'agit de la nature du revenu — et c'est ça, le point qu'on ne sait pas, parce qu'on a juste le communiqué de presse — qui est le critère pour le changement dans les plafonds, les rentes d'invalidité ne sont pas couvertes. C'est peut-être ça qu'il faut préciser avec le ministre.

• (21 h 40) •

Vous amenez, Mme Lemieux-Brassard, quant à moi, trois autres points très intéressants. L'ajout des accessoires contenus dans les annexes 2, 3 et 4 de la Loi sur la sécurité du revenu, je suis convaincu que ça a attiré l'attention du ministre là-dessus, et on attendra avec impatience la réponse du ministre quant à cette suggestion. C'est un domaine qui, quant à moi, est compliqué à cause de la nature de comment on définit les accessoires. Et je comprends que le milieu associatif revendique depuis longtemps l'inclusion de ces accessoires comme «médicalement» requise, et c'est là où la variation est.

Également, les étudiants à temps partiel, témoignage très clair. Et l'autre élément qui est nouveau, quant à nous, je pense qu'on l'a entendu pour la première fois, c'est que les personnes incluses dans la définition de l'article 1 j de la loi 9 devraient être exemptées de toutes les formes: prime, franchise et coassurance; également une suggestion, je pense, très pertinente, et j'imagine que le ministre va la regarder attentivement.

Mais j'aimerais juste vous entendre sur une question qui a été soulevée, un commentaire qui a été soulevé par la Coalition Solidarité Santé cet après-midi. Ils sont venus avec un paragraphe, quant à moi, très frappant: «Il faut mettre l'arrivée du ticket modérateur avec les compressions annoncées au programme des aides techniques, les coupures à l'aide sociale et se demander si nous ne sommes pas devant la perspective d'une dégradation très sérieuse des conditions de vie des personnes handicapées.» C'est, quant à moi, une constatation assez frappante, et j'aimerais vous entendre là-dessus, brièvement.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Bien, je pense que c'est très clair. Je vous imagine paraplégique, O.K.? Vous avez besoin de condoms urinaires pour sortir de chez vous. On vous dit: On ne les paie plus. Est-ce que vous allez prendre le risque de sortir puis d'être mouillé n'importe quand parce que vous n'avez aucun contrôle sur vos activités vésicales? C'est quoi, la qualité de vie?

Puis c'est la même affaire pour n'importe quoi. Mon fauteuil roulant, on vient me dire en pleine face: On ne peut rien faire, tu n'as pas fini tes cinq ans, tu as fait une utilisation abusive de ton fauteuil. Parce que je n'ai pas de transport adapté puis je me roule cinq kilomètres — le fauteuil, ce n'est pas fait pour ça — la RAMQ dit: C'est cinq ans, un fauteuil, minimum. Utilisation abusive, on ne peut rien faire. C'est quoi, la qualité de vie qu'on a quand, en danger... Parce qu'en ce moment il n'y a plus de frein à droite, il n'y en a même plus, de disque, puis ils ne peuvent pas les réparer parce

qu'il a déjà été réparé deux fois dans les derniers neuf mois, puis il y a des critères qui disent que c'est tant par année. Je pense que c'est ça, l'importance.

Ça revient à la même chose, tantôt, quand vous parliez du type de revenus, du taux de revenus. Moi, je parle de la valeur réelle du revenu. Si je dois payer tous mes coûts additionnels, mon dollar, il ne vaut pas le même que vous; à salaire égal, valeur moindre. Qui va payer, en hiver, parce que, moi, je ne peux pas prendre la pelle puis déblayer la galerie pour pouvoir me rendre à ma plate-forme? Vous pouvez prendre une pelle et le faire. Je me rends, en roulant, je trouve une épicerie qui est accessible, c'est 5,50 \$ pour faire livrer. Vous pouvez le prendre dans vos bras ou dans votre voiture puis l'amener. Il n'y en a pas, d'épicerie qui est accessible, c'est par téléphone. Bien, là, c'est la livraison plus le coût spécial, puis je n'ai aucun choix dans la qualité. Ça, c'est des coûts additionnels. Un paralytique cérébral ambulatoire, une paire de souliers aux deux semaines. Il y en a-tu beaucoup qui achètent 26 paires de souliers dans une année? Qui les paie, ces souliers-là? Ce sont tous des coûts additionnels. Des orthèses, des morceaux de métal aux genoux. Tu mets une paire de pantalon ou une jupe, bien, entre le fauteuil roulant puis l'orthèse, c'est des trous, c'est un linge neuf. Une personne de petite taille, un nain, le format, la grosseur, c'est celle d'un adulte, la hauteur, c'est celle d'un enfant. Où il s'habille? Qui paie la couturière pour faire les modifications? En nulle part on ne considère ces coûts-là. Bien, le 10 000 \$... Parce que le maximum, en fait, de la rente d'invalidité — puis, ça, on sait qu'il n'y en a quasiment pas, au Québec, qui la reçoivent — c'est 10 332 \$ annuellement. Il vaut quoi quand tu as déduit tous tes coûts additionnels? Transport adapté, sans compter le nombre d'heures que tu passes au téléphone pour ne pas en avoir. Tu appelles un privé, c'est 45 \$ pour être chez vous puis 5 \$ du kilomètre. Je vais te dire que ça monte vite. À Montréal, il n'y a pas de taxi adapté pour du motorisé.

Ce sont toutes des dépenses qu'une personne n'aurait pas à assumer si ce n'était de la déficience. Si on prend la liste des accessoires, que ce soit les aides à la mobilité... Pourquoi, à l'heure actuelle, la RAMQ va payer une canne ou des béquilles si la personne a une prothèse, mais, si elle a des orthèses puis qu'elle plante à tout coup, elle n'a pas le droit, il faut qu'elle paie de sa poche? C'est ça, actuellement, sauf si tu es sur l'aide sociale puis que ton agent de CTQ dit: Bien, oui, je vais l'approuver, puis je vais te l'envoyer, puis tu vas l'avoir. Mais, là, comme je dis, depuis cette semaine, il n'y a plus rien d'assuré.

Les compresseurs aérosols sont là, les modèles convenant pour usage à domicile d'appareils respiratoires, ils sont là, les matelas, les lits d'hôpitaux. Si tu es sur la sécurité du revenu puis que tu en as besoin, tu peux les avoir; en fait, tu pouvais. Parce que, là, on a 12 dossiers en ce moment en révision, puis on sait qu'ils vont se retrouver à la cave, ce ne sera pas long, là, à moins que l'aide juridique nous soit coupée, selon les

pouvoirs réglementaires, pour l'administratif, mais on espère que non. Ça, c'en est. Quand on parle des orthèses, de supports... Si je regarde des étudiants qui ont besoin d'orthèses puis de supports aux mains pour ne pas avoir à dépendre d'un preneur de notes, pour tenir leur crayon eux-mêmes puis être capables d'écrire, c'est dans la liste. Enlève-leur ça, ils font quoi? Ils dépendent de quêter de l'un à l'autre pour que quelqu'un prenne leurs notes pour eux autres.

M. Copeman: Mais, si vous me permettez, je pense que le point que le ministre a tenté de faire tantôt, c'est que la loi n° 33 n'est pas là pour changer tout ça. Mais, si je vous ai compris, si on ajoute à ça, à toutes ces barrières qui sont érigées par la société et par le gouvernement, si on ajoute à ça, même minimalement, une franchise, coassurance de 300 \$ maximum, quelle est la capacité de payer, même des gens qui sont exemptés de la prime, selon vous?

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Ils ne l'ont pas. Ils ne l'ont pas. À l'heure actuelle, on voit déjà des gens utiliser la même couche deux ou trois jours de suite, si elle n'est pas tachée, parce qu'ils n'en ont pas pour s'en acheter tous les jours, parce qu'ils sont sur la liste d'attente de l'OPHQ. C'est la réalité. Des agents de CTQ disent: Bien, réutilise ton condom urinaire; ce n'est pas un condom pour MTS, ça fait que sers-t'en encore. On l'entend. Et j'ai parlé à des agents de l'aide sociale qui disent carrément: Ça n'existe plus, des fournitures médicales. Avec le projet de loi n° 33, on n'en fournit plus. Puis, ça, je l'ai entendu hier. Les agents de CTQ prennent pour acquis qu'ils n'en donnent plus, c'est refusé. Paraplégiques, ruptures, D-6, D-7, non seulement ils ne sont plus au soutien financier, mais ils n'ont même pas leurs fournitures médicales. Aussi clair que ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, madame.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Je pense que ça répond.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Votre conclusion, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. C'est vous qui avez l'honneur.

M. Copeman: Écoutez, M. le Président, je pense qu'on a eu un témoignage éloquent des difficultés que vivent toutes catégories de personnes qui ont une incapacité ou une déficience. Tout ce que je peux dire, M. le Président, c'est, en remerciant Mme Lemieux-Brassard, une bénévole, la présidente d'un organisme bénévole, qui, je pense, fait du bénévolat à peu près à temps plein, et...

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Il ne faut pas dire ça, je vais perdre ma rente d'invalidité. Ha, ha, ha!
• (21 h 50) •

M. Copeman: Ah! c'est vrai. Excusez. Mais elle fait énormément de bénévolat pour faire avancer la cause des personnes handicapées au Québec, et simplement espérer et supplier le ministre de tenir compte des situations que vivent présentement les personnes handicapées au Québec dans le projet de loi n° 33. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le ministre.

M. Rochon: Oui, M. le Président. Je vous remercie beaucoup, Mme Lemieux-Brassard. On a déjà eu l'occasion de discuter, puis on l'aura encore, de toutes ces questions-là. Moi, je suis bien d'accord avec vous que les personnes qui doivent vivre avec une incapacité et qui, malgré tout ce qui a pu se faire jusqu'à présent dans notre société, ont encore un handicap, c'est des situations sérieuses, il faut prendre ça en compte, et on a encore un gros bout de chemin à faire là-dedans. L'année passée, il faut quand même dire qu'il y a eu un 7 000 000 \$ qui a été rajouté, que l'ensemble des listes d'attente de l'OPHQ se sont très améliorées pour ce qui est déjà au programme. Il y a eu des améliorations importantes, mais c'est loin d'être fini, on a encore un bon bout de chemin à faire et on va continuer dans ce sens-là.

Par la loi n° 33, on ne peut pas tout corriger, mais je prends bonne note de ce que vous nous dites pour qu'on s'assure qu'on ne vient pas, en améliorant la situation pour un grand nombre de personnes, l'empirer pour d'autres. Et il faudra qu'on voie un peu plus la situation des personnes handicapées quant à la consommation de médicaments qui seraient couverts ou pas, pour voir la différence entre la situation actuelle et ce qui va être là après, mais reconnaissant toutes les autres situations que vous avez décrites, où il y a encore de l'amélioration à gagner là-dessus.

Deux précisions sur des questions que vous avez soulevées. La notion de l'étudiant. La loi prévoit actuellement — et ça couvre une partie de ce que vous signaliez, peut-être pas au complet, on va s'en assurer — à l'article 17, vous pourrez voir, la loi dit qu'on entend par «enfant», pour l'application de la présente loi, la personne qui est âgée de moins de 18 ans, ou de plus de 18 ans si elle étudie à plein temps et qui est domiciliée chez la personne qui exerce l'autorité parentale à son égard ou qui l'exercerait si elle était mineure. Et «domiciliée», pas qu'elle réside. Alors, quelqu'un dont la famille est en Gaspésie et qui vient étudier à Québec pendant l'année est toujours domicilié et sous l'autorité parentale et est couvert par la loi, à ce moment-là.

Deuxième élément d'information, l'implication, comme vous dites, des utilisateurs, des consommateurs de médicaments n'apparaît pas dans la loi parce que la loi comme telle ne donne que les organismes techniques comme le CCP, le Conseil consultatif de pharmacologie, et les mécanismes de révision d'utilisation du médicament, qui sont très techniques. Mais tout ça va être dans le cadre d'une politique du médicament où, là, au niveau

du ministère, le ministère aura à se donner les organismes et les moyens de consultation et d'avis qu'il doit aller chercher auprès des différents groupes de consommateurs. Alors, les gens vont donc intervenir à un niveau plus élevé dans ce qui contrôle le fonctionnement d'un régime comme ça à l'intérieur d'une politique du médicament.

Alors, je vous remercie beaucoup, non seulement pour ce soir, mais pour tout le travail que vous faites dans ce domaine-là, et je vous souhaite bonne chance dans votre autre nouveau statut. On ne va pas le dire, mais vous êtes étudiante à la maîtrise depuis pas longtemps, je pense...

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Non, je suis au doctorat en sciences humaines appliquées.

M. Rochon: Au doctorat, déjà, maintenant?

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Oui. Bien, je pense que je veux remercier tout le monde, puis je pense que c'est aussi important que, oui, il y ait des choses qui sortent, puis je pense qu'il y a des questions, il y a une réalité qui a changé dans les dernières semaines, et je prends pour acquis que M. le ministre sera toujours aussi vigilant qu'il l'a été les dernières années et pourra s'adresser à sa collègue du MSR pour voir ce qui se passe.

M. Rochon: Sûrement.

Mme Lemieux-Brassard (Lucie): Merci bien. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup, madame. J'ajourne les travaux au lundi 3 juin, vers 15 heures.

(Fin de la séance à 21 h 54)

