



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 (4)

Le lundi 3 juin 1996 — N° 22

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 lundi 3 juin 1996

Table des matières

Auditions

Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ)	1
Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ)	10
Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec	20
Conseil du patronat du Québec (CPQ)	31
Ordre des pharmaciens du Québec	41
Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec (AIAPQ)	52
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ Sida)	60

Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président

M. Jean Rochon

M. Pierre Marsan

M. Russell Copeman

Mme Marie Malavoy

M. Régent L. Beaudet

M. Michel Bourdon

M. Claude Boucher

M. Mario Dumont

- * M. Serge Roy, SFPQ
- * M. Robert Lapierre, idem
- * Mme Claudette Champagne, FCPASQ
- * Mme Jeanne D'Arc Laplante, idem
- * Mme Madone Landry, idem
- * M. Jean-Yves Desgagnés, idem
- * M. Daniel Larouche, Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec
- * M. Jean-Pierre Bouchard, idem
- * Mme Johanne Pépin, idem
- * Mme Renée Francoeur, idem
- * M. Jacques Garon, CPQ
- * Mme Christiane Bourassa, idem
- * M. Francis Lafrance, idem
- * Mme Janine Matte, Ordre des pharmaciens du Québec
- * M. Alain Boisvert, idem
- * M. Denis Savard, AIAPQ
- * M. Alain Poirier, idem
- * M. Jacques Gélinas, COCQ Sida
- * Mme Lyse Pinault, idem
- * M. Pierre Desmarais, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le lundi 3 juin 1996

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33

(Quinze heures dix-neuf minutes)

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

Je rappelle à chacune et chacun d'entre vous 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.

Compte tenu d'un téléphone que nous avons eu des personnes représentant le Front commun des personnes assistées sociales, qui avaient un petit problème d'automobile, qu'on me dit, les représentants du Syndicat de la fonction publique du Québec ont bien voulu accepter de passer les premiers. Alors, nous allons faire un petit changement à l'ordre du jour.

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

La Secrétaire: Non, M. le Président.

• (15 h 20) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, je vous répète la remarque que vous avez 20 minutes de remarques préliminaires, et nous procéderons à l'échange avec les membres de la commission tout de suite après.

Si vous voulez vous présenter ainsi que les personnes qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

Auditions

Syndicat de la fonction publique
du Québec (SFPQ)

M. Roy (Serge): Merci, M. le Président. Mon nom est Serge Roy, je suis président général du Syndicat de la fonction publique du Québec et je suis accompagné de M. Robert Lapierre, qui est vice-président du Syndicat, à ma droite, et, à ma gauche, c'est M. Éric-Jan Zubrzycki, qui est agent de recherche au Syndicat de la fonction publique également.

Alors, M. le Président, mesdames et messieurs de la commission, ça me fait énormément plaisir de venir vous présenter aujourd'hui le mémoire du SFPQ.

Le Syndicat de la fonction publique du Québec est une organisation syndicale représentant environ 40 000 personnes oeuvrant dans plusieurs secteurs de la fonction publique, et nous considérons que le projet de loi n° 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, permet une plus grande équité face à la maladie entre tous les citoyens et citoyennes du Québec. Il était plus que temps, en effet,

que les médicaments, service essentiel dans le cadre d'une politique intégrée de la santé, soient accessibles à l'ensemble de la population sans égard au revenu et au statut social. En ce sens, le principe du projet de loi ne peut que recevoir l'appui du Syndicat de la fonction publique.

Cependant, bien que satisfaisant à cet égard, le projet de loi n'est pas sans failles. Sur le plan administratif, entre autres, il appert que le gouvernement favorise un système hybride où le public et le privé rivalisent pour satisfaire aux exigences de la loi. De la sorte, le gouvernement crée un système complexe, ou, plutôt, compliqué, où les administrations s'entrecroiseront dans un véritable dédale bureaucratique, laissant peu d'espoir au simple citoyen de s'y retrouver.

Le gouvernement, par ce mécanisme compliqué, a choisi de ménager la chèvre et le chou. Pour ne pas s'aliéner l'industrie privée de l'assurance, il lui permet de continuer d'oeuvrer dans le secteur de la santé, plus particulièrement celui des médicaments. Pour permettre l'accessibilité à l'ensemble de la population, il élargit le mandat de la Régie de l'assurance-maladie. Pour ce faire, il doit instituer des règles qui ne satisferont ni les uns ni les autres. En fait, il semble que le gouvernement ait choisi de suivre le vieil adage: «Pourquoi faire simple quand on peut compliquer les choses», dans un objectif de séduction.

D'ailleurs, déjà, avant même le dépôt du projet de loi, l'industrie privée avait déjà signifié son désaccord par la voix de M. Raymond Garneau, président de L'Industrielle-Alliance. Il affirmait alors que le rapport Castonguay essaie de jouer sur deux cordes à la fois: laisser croire que ça peut être géré par le secteur privé et offrir une assurance à l'ensemble de la population. Tout comme M. Garneau, nous croyons qu'une assurance universelle n'est possible que si elle est régie par le secteur public.

Selon l'article 18 du projet de loi, la Régie de l'assurance-maladie du Québec assumera le coût des médicaments et services professionnels des personnes âgées de 65 ans et plus, des bénéficiaires de l'aide sociale et de certaines catégories de personnes âgées entre 60 et 65 ans. En d'autres termes, la Régie assumerait le coût des médicaments pour les plus grands consommateurs. En effet, selon le rapport Castonguay, le coût annuel moyen des médicaments connaît une hausse à partir de l'âge de 45 ans et croît graduellement à partir de ce moment. Les coûts les plus élevés se font dès lors sentir à partir du moment où la population atteint l'âge de 60 ans. À titre d'exemple, M. Castonguay, dans son rapport, estime ces coûts à 200 \$ par an lorsqu'un individu a 40 ans, alors qu'à 60 ans ce même individu consomme pour environ 600 \$ de médicaments annuellement.

L'espérance de vie chez les hommes étant de 73,69 ans et de 80,84 ans chez les femmes, selon le Bureau de la statistique du Québec, cela signifie que l'État prendrait en charge les coûts les plus élevés pour une période d'environ 15 ans. L'entreprise privée, les compagnies d'assurances n'assureraient que les coûts les moins prohibitifs, c'est-à-dire des populations plus jeunes, moins grandes consommatrices, donc plus profitables.

En quelque sorte, il semble que l'État, au lieu de redistribuer les coûts sur l'ensemble de la population, préfère conserver les opérations les plus onéreuses en soumettant la responsabilité du coût des médicaments des personnes grandes consommatrices à la RAMQ. Au même moment, il permet aux entreprises privées de faire des profits colossaux en leur réservant le marché des petits consommateurs de médicaments, qui, même s'il est considéré comme un «loss leader» par l'industrie, permet de vendre d'autres produits. De la sorte, le gouvernement offre la chèvre au tigre ou, si l'on préfère, offre une clientèle captive à l'industrie fort profitable de l'assurance.

À titre d'exemple, en 1992, les primes perçues par les compagnies d'assurances sont estimées à 9 800 000 000 \$ pour 7 400 000 000 \$ de prestations versées aux assurés, soit une différence de 2 400 000 000 \$. Avec ce projet de loi, les compagnies d'assurances pourront désormais ajouter quelques millions de dollars à leurs profits déjà très impressionnants.

Pour permettre cet ingénieux financement du Québec corporatif, le projet de loi imagine une administration bicéphale: un système obligatoire d'assurance privée et publique, selon l'âge et le statut. Si, a priori, cette idée ne choque pas, à l'analyse, elle devient ingouvernable.

En effet, s'il est impossible de rajeunir et donc de quitter le programme sous la responsabilité de la Régie une fois que l'on est pris en charge par celle-ci pour des raisons d'âge, ce n'est pas le même cas quand il s'agit du statut. À l'heure actuelle, environ 800 000 personnes dépendent de l'assistance sociale. Parmi celles-ci, 50 % des personnes inscrites au programme APTE, soit 215 000 personnes environ, quitteront les rangs de l'assistance sociale dans un délai de quatre années. En d'autres termes, dans le cadre de ce projet de loi, ces personnes seront tantôt sous la responsabilité de la RAMQ, tantôt sous la responsabilité d'un régime privé.

Dans les rangs des fonctionnaires et des ouvriers de la fonction publique, environ 10 000 personnes ont un statut d'occasionnel. Par définition, elles sont à statut précaire. Elles oeuvrent pour l'administration lorsque le besoin se fait sentir, alternant entre les périodes sans emploi et les périodes à l'emploi du gouvernement. Dans le cadre du projet de loi, elles devraient adhérer à un régime privé, puis, lors de la période d'emploi, elles devraient quitter ce régime pour être intégrées au régime d'assurance collectif, pour retourner ensuite à un régime privé lors de la période sans emploi. Et, au moment de

la rupture d'un contrat d'assurance, les personnes auront-elles des pénalités associées à la rupture du contrat? C'est une question qu'on peut se poser.

Ce va-et-vient constant entre le régime public et privé, entre le régime d'assurance collective et d'assurance privée, deviendra vite incontrôlable, en particulier dans un contexte de chômage élevé et de précarisation de l'emploi. On a parlé de la situation dans la fonction publique, mais je pense que cette situation-là, de précarisation des emplois, est aussi la réalité dans plusieurs entreprises. Alors, devant tout ça, il y a évidemment de quoi perdre son latin.

Cet exercice témoigne d'un fait troublant, et il semble que le Comité d'experts ait omis volontairement l'analyse d'un système d'administration entièrement public, et ce, malgré les succès que connaît le Québec en cette matière. Ne citons que l'exemple de la Société de l'assurance automobile du Québec, qui, malgré certaines critiques occasionnelles, a si bien réussi que le gouvernement en a transféré des sommes à son fonds consolidé. Il semble que des choix idéologiques aient orienté le Comité d'experts sur l'assurance-médicaments pour qu'il écarte d'emblée un régime entièrement public, malgré les évidents bénéfices qu'un tel régime pourrait rapporter tant en simplicité que financièrement.

Le projet de loi institue deux comités: le Conseil consultatif de pharmacologie et le Comité de revue de l'utilisation des médicaments. Le premier comité a pour rôle d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est couvert par le régime général, c'est l'article 58, et le second doit favoriser l'utilisation optimale des médicaments, selon l'article 70. Ni dans un cas ni dans l'autre il n'est prévu que les membres composant ces comités proviennent de groupes d'utilisateurs ou de leurs représentants. Les membres de ces comités seront donc nommés et ils seront spécialistes en pharmacologie, ils représenteront le ministre, proviendront de la RAMQ, appartiendront à un ordre professionnel et représenteront l'industrie de l'assurance privée. La population, elle, à moins qu'on ait mal saisi la composition de ces organismes, ne sera pas représentée au sein de ces comités. Pourtant, c'est la population qui, en premier lieu, devra verser des primes qui enrichiront les assureurs. C'est la population qui paiera pour les médicaments qu'elle recevra, et elle ne sera pas représentée sur ces comités si le projet de loi n'est pas modifié.

Le projet de loi aurait dû s'inspirer de l'expérience des régies régionales de santé et services sociaux, où des sièges sont réservés à des représentants de la population dûment élus. Cette procédure, qui n'est certes pas sans failles, permet tout de même une certaine transparence et permet également à la population de participer indirectement au processus décisionnel, ce qui ne sera manifestement pas le cas dans le cadre du régime proposé.

Il nous apparaît que des sièges devraient être réservés, sur ces deux comités, à des représentants d'usagers, et ce, pour des raisons de transparence et de

démocratie. Ces représentants pourraient être nommés par le ministre après consultation avec différents groupes représentatifs, soit les syndicats et différents groupes sociocommunitaires, ou encore être choisis parmi les membres représentant la population dans les régions régionales.

Dans l'un ou l'autre des cas, ce qui importe, c'est que la population, dûment représentée, puisse participer au processus décisionnel dans les matières où elle a, à tout le moins, autant d'intérêts, sinon plus, que les représentants de l'industrie de l'assurance ou des ordres professionnels.

Par ailleurs, nous croyons que les articles 52 et 71 devraient être conformes, c'est-à-dire que l'article 52 devrait prévoir, tout comme l'article 71, que le mandat des membres du Conseil consultatif de pharmacologie ne puisse être renouvelé consécutivement plus de deux fois. De plus, nous croyons que ces articles devraient prévoir l'obligation pour le ministre de nommer et de remplacer le membre dont le mandat est échu dans un délai ne pouvant excéder une période de 90 jours. De la sorte, il serait possible d'éviter que les nominations le soient à vie, souvent pour services rendus.

• (15 h 30) •

Enfin, nous comprenons que le Conseil consultatif de pharmacologie relèvera du ministère de la Santé et des Services sociaux, puisque l'article 54 prévoit que les fonctionnaires et employés nécessaires à ces travaux seront pris à même le personnel de ce ministère.

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments relèvera, quant à lui, de la Régie de l'assurance-maladie, puisque les activités de secrétariat, selon l'article 74, seront assumées par cet organisme. Nous comprenons également que toute activité de soutien nécessaire à l'exécution du mandat de ce Comité — ce qui n'est pas nécessairement précisé dans le projet de loi — sera également assumée par la RAMQ. Nous sommes en accord avec cette décision, mais nous aurions préféré que cela soit mentionné explicitement dans le projet de loi plutôt qu'implicitement.

Pour assurer l'universalité du régime, celui-ci est obligatoire. L'industrie de l'assurance ne pourra refuser d'assurer un individu, et toute la population aura le devoir de s'assurer.

Dans le cas où une compagnie ou un individu refuserait de se plier à la loi, des pénalités sont prévues. Celles-ci doivent avoir un effet dissuasif. Elles doivent être suffisamment importantes pour que l'industrie ne soit pas tentée de refuser l'accès à un individu au régime d'assurance-médicaments et elles doivent être plus élevées que la prime que paierait un individu, afin de rendre moins attrayante la possibilité de ne pas adhérer au régime.

S'il ne fait pas de doute que le projet de loi rencontre l'objectif de dissuasion dans le cas des individus, cela n'est pas aussi évident dans le cas de l'industrie. En effet, l'article 81 ne prévoit qu'une amende variant entre 200 \$ et 1 000 \$ pour quiconque contrevenirait aux articles 28, 31, 32 ou 33. Pour les

individus, ça varie de 100 \$ à 1 000 \$, effectivement. Alors, la marge n'est pas très importante. L'effet dissuasif de cet article est minime si on considère que, dans la majorité des cas, les contrevenants possibles à ces articles ne peuvent être que des citoyens corporatifs.

Il y aurait donc lieu d'ajuster les pénalités prévues à l'article 81 pour rejoindre l'effet dissuasif désiré. Dans ce cas, les amendes pourraient varier, à titre d'exemple, de 1 000 \$ à 10 000 \$, comme c'est le cas à l'article 82.

Par la suite, vous avez les recommandations que nous formulons de façon spécifique. J'attire votre attention particulièrement sur la première, qui nous amène à recommander que le régime d'assurance-médicaments soit entièrement administré par le secteur public. Les recommandations suivantes touchent le Conseil consultatif de pharmacologie et le Comité de revue de l'utilisation des médicaments. Nous rappelons ici la façon dont nous pensons que la population pourrait être représentée.

J'attire également, finalement, votre attention sur la dernière recommandation que nous avons ajoutée. Compte tenu de la recommandation n° 1 que nous faisons, à savoir que nous devrions envisager plutôt un régime universel public, il nous semble que l'entrée en vigueur du régime universel des médicaments devrait plutôt être reportée au moins jusqu'au 1er juillet 1997, compte tenu de différents facteurs, notamment celui de la complexité des concordances avec les régimes collectifs existants, aussi, des exigences des renouvellements des contrats de ces régimes — il y a des ajustements, je pense que tout le monde en convient, qui seront nécessaires — de la familiarisation nécessaire, aussi, avec toute la réglementation pour les nombreux intervenants, réglementation qui ne nous est pas connue au moment où on se parle, et, aussi, de l'importance que toutes les dispositions soient prises pour s'assurer de la confidentialité des informations qui seront rendues disponibles, dans le cas du projet n° 33 tel qu'il est, aux assureurs privés.

Alors, ça conclut, M. le Président, la présentation que je voulais vous faire.

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 beaucoup, M. le Président. Je vous remercie d'avoir accepté l'invitation de venir nous rencontrer ici, en commission, et pour le travail que vous avez fait, une bonne analyse critique du projet de loi qui est présenté.

Je voudrais vous poser une première question. Je vais peut-être avoir deux ou trois questions qui s'y rattachent, pour que ça permette de gérer le partage du temps plus facilement.

Votre principale critique, si je vous suis bien, c'est d'avoir un régime mixte, privé-public, plutôt que

carrément un régime public. C'est vrai que le travail du comité, de même que la position du gouvernement, qui s'inscrivaient dans des travaux, là, des dossiers de faisabilité qui avaient été montés auparavant, semblaient avoir indiqué assez rapidement — et c'est là-dessus que je voudrais avoir votre éclairage — que, dans un secteur comme celui-là, présentement, 4 500 000 sur 7 000 000 des personnes du Québec sont déjà assurées dans des régimes privés collectifs, que, si on passait à un régime public pour tout le monde, on déplacerait pas mal plus de gens, d'habitudes acquises, de systèmes qui fonctionnent bien, nous dit-on, dans les régimes collectifs, pour, peut-être, faire un investissement important d'argent, des taxes des citoyens et des citoyennes pour remplacer ce qui existe déjà et qui est soutenu financièrement par une contribution des personnes elles-mêmes et de leurs employeurs.

Il y a donc là, pour 4 500 000 gens, quelque chose qui s'est développé, qui est stable, qui semble bien fonctionner. Ou bien on taxerait les gens pour aller chercher l'argent qu'ils mettent là-dedans autrement pour refinancer publiquement le système en requérant tout un système plutôt que de s'ajuster et de prévoir que le régime privé continue pour les clientèles qu'il sert déjà, le régime public aussi. Bon, il y a peut-être la question de 1 500 000 personnes, là. Comme ce seraient des gens qui ne sont pas dans des clientèles, disons, traditionnelles du régime public, il a semblé que c'était une bonne chose de leur laisser la liberté de s'assurer comme ils le voudraient sur le marché, du moment que c'est encadré par la loi.

Alors, je voudrais voir un peu ce que vous pensez qui risque de ne pas marcher dans un système privé-public, et en respectant bien leur fonctionnement de régime d'assurance qui permet à des assureurs du Québec d'avoir des entreprises qui fonctionnent bien, qui créent de l'emploi, et ça fait partie de toute l'activité économique. Ça serait bousculer pas mal, nous semblait-il en tout cas. Mais peut-être que vous avez un point de vue, en nous l'expliquant un peu plus, qui nous montrerait qu'on a vu ça plus compliqué que ça ne le serait. Premier point.

Deuxième point, les commentaires que vous faites en ce qui regarde le Conseil consultatif de pharmacologie et le Comité de révision de l'utilisation des médicaments, quant à la représentation des utilisateurs. Il y a un certain nombre de gens qui sont venus en commission et qui ont soulevé cette question-là. Aussi, votre réaction sur notre raisonnement là-dessus, et ça, peut-être qu'il faudrait être plus explicite dans le projet de loi pour bien rappeler que tout ça, ce régime avec les comités qui vont permettre la gestion du régime d'assurance, va se faire dans le cadre d'une politique du médicament dont le ministre et le ministre vont être responsables. Ce n'est pas dit dans le projet de loi, mais il nous semble que ce qui est normal, à ce moment-là, c'est que les utilisateurs soient plus appelés au sein de comités ou de mécanismes, de façon générale, qui conseilleront et aviseront le ministre dans les décisions

impliquant une politique générale du médicament, dont va dépendre le fonctionnement du régime, comme un des éléments de la politique du médicament. On verrait là un endroit plus approprié pour l'utilisateur qu'au niveau des deux comités dont on parle et qui sont, en fait, très, très, très techniques. Ça fait partie du fonctionnement technique du médicament, soit le Comité de révision de l'utilisation qui analyse des profils statistiques — en passant, qui ne sont pas nominatifs, qui n'identifient pas les gens — mais c'est un travail de statistiques, essentiellement, d'analyses statistiques épidémiologiques, et le Conseil consultatif, c'est vraiment un comité qui doit analyser la valeur thérapeutique des médicaments.

Alors, est-ce que cette approche-là ne peut pas rencontrer l'objectif que vous visez et, peut-être, de façon plus adéquate que d'amener des utilisateurs sur un comité qui est très technique?

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

• (15 h 40) •

M. Roy (Serge): Oui. D'abord, sur le premier aspect, il est bien évident que le Syndicat de la fonction publique n'a pas fait une vaste étude pour évaluer de quelle façon il serait possible de financer un régime entièrement public. Je pense que vous comprenez que, même si nous sommes d'une organisation assez imposante par notre nombre, nous n'avons pas comme mandat particulier de faire ce genre d'étude là.

Cependant, la réflexion que nous avons faite est la suivante. C'est que, dans la mesure où il nous apparaît que la partie de la population qui se verra offrir le régime par les assureurs privés est celle qui est le moins à risque, donc la moins coûteuse... Et, nous, on se situait dans une perspective où l'assurance-médicaments est une mesure sociale. C'est fondamentalement un volet d'une politique de la santé au Québec, au fond. Même si on n'en discute pas dans ces termes-là depuis le début, il me semble qu'on devrait le situer dans ce cadre-là. C'est comme ça que, nous, on a fait notre réflexion. À partir de là, il nous semblait que, déjà, le gouvernement du Québec, avec notamment la Régie de l'assurance-maladie elle-même, qui a déjà une expertise dans le domaine de la gestion des dépenses en matière de médicaments, et aussi l'expertise qu'on a dans le domaine des assurances avec la Société de l'assurance automobile... Je pense que personne ne contestera, au Québec, que les fonctionnaires qui sont à l'emploi du gouvernement dans ces organismes-là n'ont pas ce qu'il faut, l'expertise. Il y a peut-être certaines lacunes organisationnelles en termes de ressources cependant, qui pourraient être comblées. Et je suis convaincu qu'il pourrait y avoir des modalités de financement qui pourraient permettre de dégager les sommes d'argent qui nous permettraient de construire un projet qui serait sous le contrôle des services publics en soi. Pour nous, c'est extrêmement important de conserver dans le champ des services publics ce genre d'activité là ou d'en rapatrier une partie.

Évidemment, on ne prétend pas que l'ensemble du domaine des assurances dans le domaine de la santé ou dans le domaine des médicaments devrait être à 100 % couvert par un régime public, mais il y aurait lieu certainement d'analyser s'il ne serait pas possible, à court terme, d'envisager un tel régime. Alors, c'est un peu le type de réflexion qu'on s'est fait.

Qu'est-ce qui ne fonctionnerait pas bien dans le système qui est proposé? Bien, on fait un peu référence à ça dans notre mémoire lorsqu'on évoque la grande complexité, l'obligation, par exemple, pour plusieurs citoyens et citoyennes qui changent d'employeur régulièrement... Nous, on a des cas dans notre organisation, des membres chez nous qui pourront être obligés de changer d'assureur deux ou trois fois dans l'année, et je n'exagère pas. Vous savez que, dans certains domaines, dans certains ministères, il y a des périodes d'emploi qui sont relativement courtes, qui peuvent revenir à différents moments dans l'année. Mais, ça, ça pose un problème bien concret pour ces personnes-là.

Quant au financement comme tel, qui est fait par les citoyens, je pense que les citoyens seraient sans doute rassurés par le fait que les fonds seraient gérés de façon publique et ne contribueraient pas, en partie, à accroître les profits d'entreprises, qui, au fond, n'ont pas d'autres motivations. Et ça se comprend, c'est leur mission que de réaliser des surplus. Alors, c'est pour la première question.

Quant à la question de la présence de la population, de la possibilité pour la population de dire son mot, je vous dirais que l'avenue que vous proposez peut peut-être répondre en partie. Cependant, nous sommes d'avis que, malgré le haut niveau d'expertise que requiert le fonctionnement du Conseil et du Comité, il nous apparaît qu'il y aurait des formules... Compte tenu que les organisations sociales que nous sommes et d'autres groupes sociaux pourraient s'entendre, par exemple, pour vous soumettre des noms de personnes qui ont des compétences dans le domaine mais qui auraient pour mandat de représenter les intérêts de la population. À moins qu'on envisage une sorte de protecteur du citoyen nouveau genre dans le domaine des médicaments. On n'a pas voulu aller dans cette direction-là, il nous apparaissait qu'il était préférable de se concentrer là-dessus.

Mais probablement que l'avenue que vous avez suggérée peut régler, du moins en partie. Mais, nous, il nous semble qu'il ne faudrait pas laisser trop en vase clos les spécialistes du médicament. Il faudrait peut-être qu'ils soient branchés un petit peu sur les réalités concrètes que les gens vivent.

Je ne sais pas si mes collègues veulent ajouter là-dessus. Robert?

M. Lapierre (Robert): M. le ministre, tantôt, vous avez soulevé le fait que ça allait créer des emplois. On sait aussi qu'au gouvernement du Québec on peut créer des emplois et on pense qu'il y aurait une possibilité de partager, entre l'entreprise privée et le gouvernement du Québec, des emplois. Donc, c'est pour ça que,

pour nous, on dit: Les compagnies ont tellement d'autres produits à offrir que, si c'est si gros que ça d'aller assurer 1 200 000 personnes qu'on leur offre sur un plateau d'argent sans avoir fait de publicité, sans avoir dépensé aucun sou, on pense qu'on peut créer quand même un certain niveau d'emploi, en tout cas, des emplois qui pourraient être partagés entre le gouvernement et l'entreprise privée. C'est dans ce sens-là que je voulais rajouter un petit peu.

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, et merci à vous d'avoir accepté l'invitation de la commission. J'apprécie beaucoup la qualité de votre mémoire, surtout que vous nous amenez un questionnement dans un secteur qu'on n'avait peut-être pas suffisamment étudié jusqu'à maintenant, ou même pas du tout, celui des fonctionnaires, qui représente 10 000 personnes qui ont un statut de personne occasionnelle. C'est à la page 5. Vous faites référence aussi à ceux qui reçoivent de l'assistance sociale, particulièrement ceux qui sont qualifiés les «apte», les 215 000.

Moi, j'aimerais ça vous entendre, parce que le projet, tel qu'il est sur la table actuellement, eh bien, je pense qu'ils n'ont pas prévu la situation que vous décrivez dans le projet de loi. Alors, quelqu'un qui est... D'abord, c'est un régime privé. Il devient employé du gouvernement sous un statut précaire, parce que je ne pense pas qu'il y a d'autres statuts qui sont offerts beaucoup actuellement. Comment ça va fonctionner, selon votre entendement, un, puis, deuxièmement, comment ça devrait fonctionner?

M. Roy (Serge): D'accord. Bon. Alors, je vais vous donner un exemple bien concret, un cheminement, en cours d'année, d'une personne chez nous. Je vais prendre un exemple que je connais peut-être plus parce que je suis du ministère du Revenu comme tel, et on sait qu'au ministère du Revenu cette réalité-là se retrouve dans d'autres ministères aussi. Mais, pour les fins de mon exemple, là... Imaginez, par exemple, un saisonnier — c'est le statut qu'ont ces personnes-là chez nous — au 1er janvier, cette personne-là, elle n'est pas au travail; on prévoit qu'on va la rappeler au travail le 15 février. Donc, du 1er janvier au 15 février, si on comprend bien l'effet du projet de loi actuel, cette personne-là devra faire affaire avec un assureur privé, potentiellement. Le 15 février — chez nous, nous avons un régime d'assurance collective, c'est bien connu — donc, à partir de ce moment-là, cette personne-là, elle sera régie, elle sera assujettie à notre régime d'assurance collective. Son contrat est prévu jusqu'au 15 juin. Parce que, en général, au ministère du Revenu, le gros des activités, ça va à peu près dans cette période-là: c'est au printemps, et disons qu'au 15 juin ça commence à décliner.

Le 15 juin, elle est donc mise à pied par manque de travail. Elle retourne donc chez un assureur privé. Ça fait déjà passablement de va-et-vient. Cette personne-là — parce qu'il y a des listes de rappel dans la fonction publique — son droit de rappel, il est parmi les premiers rangs. Alors, au 15 septembre ou au 1er octobre, on la rappelle — parce que, au ministère du Revenu, à l'automne, il y a des programmes spéciaux et on embauche — à ce moment-là, la personne revient le 15 septembre ou le 1er octobre et, là, elle abandonne son assureur privé, potentiellement — c'est ce qu'on comprend, du moins — donc elle revient dans le régime d'assurance collective. Ensuite, elle est mise à pied le 15 décembre. Alors, il se passe encore quelque chose, un laps de temps où, finalement, ça devient, je pense, pour cet individu-là, premièrement, extrêmement compliqué.

Je me demande aussi, les assureurs, dans cette hypothèse-là, de quelle façon ils vont proposer des choses aux personnes, compte tenu que les dates que je viens de vous mentionner, ce n'est pas quelque chose qui est prévu à l'avance, c'est quelque chose qui bouge. D'année en année, ce n'est jamais la même chose. Une personne, une année, peut être appelée au travail le 15 février; l'année suivante, ça peut être le 1er mars. Alors, jamais il ne sera possible d'avoir un régime qui, bien concrètement, réglerait ça, du moins selon les termes qu'on connaît dans le projet de loi actuel.

Qu'est-ce qui pourrait régler ça? Nous, on pense qu'un régime universel public réglerait tout ça, au fond, parce qu'il y aurait un seul régime qui serait applicable à tout le monde 12 mois par année. Ce que les régimes d'assurance collective pourraient offrir serait, comme c'est le cas à l'heure actuelle, en surplus de ce que le régime public proposerait. Donc, la personne, qu'elle soit à l'emploi ou pas à l'emploi, au fond, ça n'aurait pas ce type d'impact là.

Mais, nous, c'est dans ces termes-là qu'on a réfléchi. Qu'est-ce que ça pourrait être si le projet de loi n° 33 reste tel qu'il est là? Nous, on n'a pas de propositions à faire dans ce cadre-là, à moins que mes collègues aient réfléchi à des choses en s'en venant tout à l'heure en auto.

M. Marsan: J'apprécie beaucoup les commentaires que vous nous faites parce que je pense qu'il y a une difficulté sérieuse avec le document que nous avons, le projet de loi. Vous l'avez, la solution, en disant que, s'il est public, il n'y aura plus de problème, ça va être le même régime. Mais, actuellement, ce n'est pas ça qui est sur la table et il va sûrement exister des difficultés de mouvements entre un régime par rapport à un autre. Moi, je vous remercie bien sincèrement d'avoir attiré notre attention sur ça, sûrement qu'on interrogera le ministre au moment où on étudiera le projet article par article.

Mon deuxième point. Vous insistez pour la présence des usagers sur les deux comités, le CCP et la Revue d'utilisation. Tantôt, le ministre a mentionné que les comités en question étaient des comités peut-être

assez techniques. Est-ce qu'il ne serait pas grand temps qu'on puisse ouvrir, aux comités techniques en tout cas, la porte à un peu plus d'humanisme? Est-ce que ce n'est pas ça que vous êtes en train de nous suggérer? Est-ce qu'on peut arrêter de regarder le médicament ou la médication comme étant une solution absolue et qu'on regarde aussi tout ce qui découle de la médication pour les patients?

• (15 h 50) •

On a eu des groupes qui ont représenté les diabétiques, par exemple, et qui nous ont dit: Bien, écoutez, on a besoin aussi des seringues, des glucomètres, des bâtonnets; il y a d'autres groupes aussi qui nous ont parlé de chaises roulantes, dans certains cas. Est-ce que ce n'est pas ce que, vous, vous souhaitez, ou, à travers le mémoire, le message que vous voulez nous dire aujourd'hui en suggérant d'avoir deux représentants des patients, finalement?

M. Roy (Serge): Bon, ce sont deux représentants ou représentantes de la population en général. On propose une formule qui n'est pas nécessairement la seule qu'on puisse imaginer. L'objectif que nous poursuivons, d'une part, c'est que nous pensons que des experts qui vont discuter entre eux vont sans doute avoir un langage très hermétique, si je puis dire. Et, apparemment, ça peut être compliqué, pour le public, de comprendre certaines choses.

Cependant, nous, il nous apparaît qu'il serait utile de ramener à un niveau peut-être plus accessible les discussions. La façon de forcer peut-être un petit peu les choses, c'est d'avoir des représentants de la population. Mais, attention, les représentants que, nous, on propose, ce ne sont pas nécessairement des personnes qui sont des néophytes dans le domaine. Nous, on pense que ça pourrait être des personnes proposées par les groupes sociocommunautaires. Par exemple, les groupes que vous avez mentionnés pourraient être des groupes qui suggèrent des noms. Il pourrait y avoir... On sait que, dans la société québécoise, de plus en plus, les groupes syndicaux, les groupes de femmes, les groupes socio-communautaires se regroupent, s'entendent sur un certain nombre de choses, et ces milieux-là pourraient proposer des noms de personnes qui ne seraient pas tout à fait des néophytes dans le domaine.

Nous, par exemple, comme Syndicat de la fonction publique, on fait affaire avec des spécialistes pour discuter des contrats d'assurance dans le domaine des soins de santé et de médicaments. Donc, on a déjà des contacts dans ces milieux-là. Mais leur mandat spécifique — et c'est ça l'originalité, je pense, de la proposition que nous faisons — serait de veiller à l'intérêt du public dans les discussions qui sont nécessairement hautement techniques, mais qui pourraient être ramenées à un niveau plus accessible. Les personnes mandatées pour représenter la population, à ce moment-là, auraient donc la possibilité de rendre compte aux groupes socio-communautaires, ou de façon publique, par une formule qui pourrait être prévue dans la loi ou par règlement;

une formule qui ferait en sorte que ces personnes-là, spécifiquement, auraient à rendre compte annuellement des travaux qui auraient été faits par le Conseil ou le Comité et à donner une opinion particulière quant à l'intérêt du public sur ces comités-là.

M. Marsan: Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Là-dessus, avant de passer à une autre question, juste pour être très, très clair. Si je comprends bien, vous préférez de beaucoup et de loin une formule d'usager ou de public à une formule de protecteur du citoyen. Est-ce que c'est aussi clair de dire: Oui, c'est ça?

M. Roy (Serge): Oui, c'est cela.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Est-ce qu'il y a d'autres questions. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Page 8 de votre mémoire, vous parlez des pénalités. Si j'ai bien compris, en ce qui concerne les pénalités pour les individus, vous suggérez que, pour avoir un effet dissuasif, elles doivent être plus importantes que la prime. Est-ce que c'est ça qu'il faut comprendre ou est-ce que j'ai mal compris?

M. Roy (Serge): Non. Je vais clarifier.

M. Copeman: O.K., parce que...

M. Roy (Serge): Il y a peut-être une petite ambiguïté dans notre texte, je le reconnais.

M. Copeman: Je suis content.

M. Roy (Serge): Ç'aurait été étonnant de notre part de vouloir pénaliser davantage les citoyens.

M. Copeman: Tout à fait.

M. Roy (Serge): Ce n'est pas notre intention, loin de là. Remarquez qu'à la limite on aurait pu faire la recommandation que, pour les citoyens, il n'y ait pas de pénalité mais qu'il y ait d'autres types de mesures. Sauf que, ce qui nous a frappés, c'est que le type de pénalité et le niveau des pénalités qui sont prévues pour les individus — je pense que c'est à l'article 79 — sont de l'ordre de 100 \$ à 1 000 \$. Alors, les infractions possibles, pour un individu. Je comprends qu'on est dans le domaine de la santé, les sommes d'argent peuvent peut-être être rapidement élevées, mais, qu'à cela ne tienne, je pense que c'est un domaine où les gens sont fragiles aussi, quelque part. On doit tenter d'être plus cléments à l'égard des individus qu'à l'égard des compagnies, qui, à notre avis, n'ont aucune excuse de ne pas respecter la loi.

Ce qu'on veut simplement dire par ce paragraphe-là, c'est que les entreprises, elles — c'est en vertu de l'article 81 — se verraient imposer des amendes de 200 \$ à 1 000 \$. Alors, la nuance entre celles qu'on impose aux citoyens, qui sont de 100 \$ à 1 000 \$, comparées à celles qu'on imposerait aux compagnies, nous semble insuffisante. Si on veut vraiment démarquer les choses et marquer une gravité par rapport aux infractions possibles, nous, il nous semble que le 200 \$ à 1 000 \$ devrait plutôt être, pour les compagnies, de l'ordre... On ne bouge pas les pénalités pour les individus ou les amendes pour les individus. Par ailleurs, ce que vous n'avez pas... C'est une suggestion que je souhaite faire peut-être à M. le ministre, puisqu'on parle des amendes, même si ça ne représentera pas, j'espère, du moins, que ça ne représentera pas beaucoup de millions par année, peut-être que ces amendes-là devraient être versées au fonds qui est prévu par la loi de façon à ce que, bon, on ajoute un petit peu une petite dose de financement. Ça pourrait déjà régler une partie du problème qui a été soulevé tout à l'heure.

M. Rochon: C'est sûrement, je constate, une suggestion de mon collègue des Finances.

M. Copeman: Oui, bien, c'est ça que je voulais dire. Je pense que le conseil serait mieux dirigé, si ma mémoire est bonne, au ministre du Revenu, M. Bertrand, qu'au lieu du Dr Rochon. Avez-vous des craintes là-dessus — moi, j'ai des craintes, en tout cas — que les pénalités, ou l'imposition des pénalités soit dans les mains du ministère du Revenu?

M. Roy (Serge): Je suis un peu embarrassé, je suis employé du ministère du Revenu.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: O.K., je comprends, on en passe!

M. Roy (Serge): Les craintes que nous avons ne sont pas tout à fait de cet ordre-là. Je pense que le ministère du Revenu, en général, administre assez bien les sommes qui sont perçues. Peut-être qu'il ne les perçoit pas suffisamment rapidement et correctement, mais, ça, c'est un autre problème, on en discutera avec le ministre du Revenu, on aura sans doute l'occasion.

Mais une des craintes que je pense que nous pouvons avoir par rapport à l'imposition d'amendes, c'est que l'imposition d'amendes suppose qu'on repère des infractions à la loi, et, dans le projet de loi, je ne sais pas, on ne peut pas voir, en tout cas, on n'a pas compris de quelle façon ça serait possible de constater les infractions. Qui va constater les infractions qui seraient commises éventuellement par des assureurs, par exemple, ou par des individus, puisque les individus sont aussi en cause? Est-ce que c'est au hasard des choses? Est-ce que c'est par dénonciations d'honnêtes citoyens qui seront scandalisés, etc.? On sait le poids

que ça peut représenter pour une simple personne que de faire une dénonciation dans certains domaines.

Ça, ça ne nous apparaît pas très clair dans la loi, de quelle façon ça va fonctionner. Alors, on prend un petit peu pour acquis que ce sera soit le ministère de la Santé, soit la Régie de l'assurance-maladie, qu'il y aura une équipe, comme ça existe dans différents ministères — le ministère de la Sécurité du revenu avait une équipe et a encore une équipe, même si on a changé l'appellation du ministère — qui s'occupera d'assurer le respect de la loi. Alors, est-ce que, ça, ça sera présent aussi? On ne le sait pas. On est plus inquiétés par ça, je dirais, que par qui perçoit les amendes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez terminé? Vous exprimez la préoccupation qu'une personne soit à découvert une fois, deux fois, trois fois par année, une ou plusieurs personnes, puis je pense que cette préoccupation-là est exprimée par plusieurs groupes. Mais j'imagine que vous n'êtes pas sans savoir que, dans les négociations que le ministre va faire entre le privé et le gouvernement, il y a moyen justement d'inclure une entente à cet effet-là avec les assureurs.

M. Roy (Serge): Vous voulez dire sur la surveillance des activités, des opérations?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui. Moi, j'ai toujours compris, dans ce plan-là, qu'il ne fallait pas qu'il y ait de personnes qui ne soient pas couvertes, donc il va falloir qu'il y ait automatiquement une entente. Que ce soit tout gouvernemental ou mixte, il va falloir que le plan le prévoie. Alors, si, à l'heure actuelle, il y a un espace, j'ai l'impression, en tout cas, moi, j'ai la conviction qu'au niveau du ministère — c'est le ministre qui va terminer la conclusion, il pourra le commenter — définitivement, cette préoccupation-là, elle est normale. Par contre, je pense que, au niveau du ministre, c'est clair, que ce soit mixte ou que ce soit gouvernement et assureurs, il faut qu'il y ait une entente quelque part, soit administrative ou autre.

M. le député de Robert-Baldwin, est-ce que vous avez une autre question ou vous êtes prêt pour la conclusion?

M. Marsan: Peut-être, rapidement. Tantôt, j'ai cru entendre... Vous avez parlé de mesures incitatives pour créer des emplois, je ne sais pas à quel dossier vous faisiez référence à ce moment-là. Vous avez aussi parlé des profits que certaines compagnies pouvaient faire, est-ce que vous vous souvenez dans quel contexte vous avez mentionné ceci?

M. Roy (Serge): Bien, je demanderais peut-être à mon collègue, qui a fouillé un petit peu plus cette question-là que moi.

• (16 heures) •

M. Lapierte (Robert): Ce que je pensais tout à l'heure, en disant: Écoutez, nous, si on va sur un régime public, créer de l'emploi pour créer de l'emploi, si on le crée dans le régime public, bravo! Parce que le ministre semblait dire, dans sa première question, que le fait d'avoir de l'entreprise privée, ça va créer de l'emploi. Moi, je dis: Un régime public, on peut créer de l'emploi, et il y a aussi tellement d'autres produits qui vont pouvoir être offerts au niveau de la population que les assureurs ne seront pas à court de créer des emplois aussi, là.

Si vous me le permettez, M. le député de Robert-Baldwin, j'aurais peut-être une petite chose à vous indiquer. Vous savez qu'en assurance, nous, on a un contrat de 30 000 000 \$ avec une compagnie d'assurances, puis, quand on renouvelle, ils nous disent: Écoutez, ça nous a coûté 32 000 000 \$, donnez-nous 2 000 000 \$ puis on va vous charger les frais d'administration pour vous gérer encore pour un an. Le gouvernement est partie prenante sur une partie de notre régime d'assurance-médicaments, et, là-dedans, quand on dit qu'on va avoir une difficulté avec les occasionnels, vous allez avoir toutes sortes de catégories d'employés, au gouvernement du Québec, qui vont se sentir un peu frustrés par rapport aux assurances qu'ils possèdent. Donc, ça, c'est difficile à appliquer comme tel. Si le projet de loi demeure comme il est, on ne saura pas comment gérer les employés qui entrent et qui sortent de la fonction publique parce qu'ils ont un lien d'emploi de 48 mois, et vous avez des occasionnels moins de six mois qui n'ont pas d'assurances, qui ne sont pas obligés de prendre l'assurance-médicaments, plan A, et vous avez d'autres personnes qui sont obligées de prendre cette assurance-médicaments là. Et, nous, on sait que, forts dans la négociation, on a un régime A+, là, parce qu'il y a 90 % qui est relié directement aux médicaments, vous avez un 10 % qui est additionnel, que les compagnies pourraient vendre à l'entreprise, aux gens qui n'ont pas ce genre de protection.

Ce que je veux vous faire remarquer, c'est qu'il va y avoir des frais d'administration qui vont être ajoutés à notre contrat collectif, sans compter que l'expérience de notre groupe va être jumelée à l'expérience du groupe des médicaments universel. Donc, les citoyens du Québec, les contrats collectifs auront à subir des ajustements en fonction de leur expérience de groupe. Moi, je trouve que nous aurons à payer une facture qui va être double dans ce sens-là.

Donc, il s'agirait de faire un peu attention, là, comment on va l'articuler par rapport à toute cette problématique-là; et plus vous mettez de la problématique dans les régimes d'assurance, plus ça vous coûte cher.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Robert-Baldwin, pour la conclusion.

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci à vous pour la qualité de votre présentation et des échanges

que vous nous permettez. Je pense que vous avez éclairé sûrement quelques-uns d'entre nous. Je vois la difficulté, en tout cas, il me semble qu'elle m'apparaît de plus en plus claire, après l'échange que nous venons d'avoir. Tantôt, le président a dit: Tout le monde va continuer d'être assuré, qu'il passe d'un régime à un autre, sauf que... Comment est-ce que ça va se traduire? À ce moment-ci, on n'a pas de réponse à ce questionnement-là. Peut-être que tantôt le ministre, dans sa conclusion, pourra nous donner un éclairage additionnel.

Mais je comprends, de ce que vous dites, que ça va être assez, entre parenthèses, ingouvernable, jusqu'à un certain point. Il va y avoir de sérieuses difficultés pour au moins... Et l'exemple que vous prenez, le groupe que vous représentez, 10 000 fonctionnaires, mais vous n'avez pas oublié non plus les 215 000 assistés sociaux dits aptes et beaucoup d'autres aussi qui vont être des employés avec des emplois précaires dans d'autres domaines de l'activité économique.

Alors, merci de nous avoir rappelé qu'il y a un danger d'une partie de ping-pong entre le public et le privé. Merci aussi pour l'ensemble des recommandations que vous nous faites. Lorsqu'on va commencer l'étude article par article... Tantôt, on nous a confirmé, à la période des questions, qu'on devrait avoir tous les règlements. Donc, on saurait combien ça coûte, on saurait qui va être couvert et on devrait prendre une décision en connaissance de cause. Vous pouvez être certains que ce que vous nous dites aujourd'hui, nous, on va essayer de le traduire, jusqu'à un certain point, dans le projet de loi comme tel. Alors, merci pour la qualité de votre présentation.

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

M. Rochon: M. le Président, peut-être quelques petites clarifications en concluant. Vous avez fait une remarque au sujet du Comité de revue de l'utilisation des médicaments, qui dépendrait, selon la loi, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui fournit le secrétariat. On va vérifier comme il faut, mais ce n'était pas du tout l'intention. L'article suivant, 75, dit bien que ce Comité-là doit informer le ministre et qu'il doit soumettre au ministre son plan de travail et son plan annuel d'activité et doit, au plus tard le 31 mars de chaque année, remettre au ministre un rapport ainsi qu'une évaluation de ses activités et fournir toute information au ministre. Alors, le Comité est conçu, comme le Conseil consultatif de pharmacologie, comme un comité qui avise le ministre, qui va prendre les décisions finales.

Ce que 74 prévoyait comme implication de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, c'est vraiment de fournir le support logistique, là, et l'infrastructure, vu que la Régie de l'assurance-maladie du Québec a déjà tout ce fonctionnement avec les régimes publics qu'elle administre déjà. Mais, au besoin, on regardera pour clarifier, entre 74 et 75, pour bien s'assurer que de fournir le secrétariat ne voulait pas dire que ça donnait

l'autorité sur le Comité, en lisant les deux articles. Mais on va faire attention.

M. Roy (Serge): Puis il y aura des précisions.

M. Rochon: C'est ça. Le deuxième point que vous avez souligné, c'est important aussi que ce soit très clair, c'est la question de la confidentialité. On en est très soucieux. D'ailleurs, la Commission d'accès à l'information est venue devant la commission; elle connaît bien le projet, elle va le suivre. Et, dans le domaine de la santé... en commençant le régime, de toute façon, présentement, il n'y a pas de fichier nominatif qui est nécessaire pour faire fonctionner ce régime-là. Il n'est pas prévu que le régime, quand il va commencer à fonctionner, en janvier 1997, qu'il sera complètement en opération, aura un fichier nominatif. Pas du tout.

Ça pourrait être intéressant, éventuellement, de développer un fichier nominatif pour la qualité de services aux clients ou aux patients, parce que, là, à ce moment-là, il y aurait vraiment moyen de s'assurer que la gestion du dossier médicaments par les professionnels, par le médecin et le pharmacien, puisse se faire avec une information bien intégrée sur chacune des personnes en ce qui regarde ce dossier-là. Mais c'est possible aussi de le concevoir avec des mécanismes où le contrôle d'accès au dossier est fait par la personne elle-même, le patient. On a déjà cette technologie avec, entre autres, ce qu'on appelle la carte à puce, qui a déjà été développée et expérimentée, et le reste.

Alors, je rappelle tout ça, là, pour qu'on soit tous bien conscients que ce régime-là part avec un système interactif d'information pour gérer le système, mais que ce n'est pas un dossier, ce n'est pas un fichier nominatif des gens, que, si on va jusque-là, il faudra le développer, prendre le temps de le faire. Et, comme ça a été le cas pour le développement de l'expérimentation avec la carte à puce, la Commission d'accès à l'information va être très impliquée là-dedans pour qu'on soit sûr d'avoir les avantages, mais le contrôle aussi. Puis ça, dans le domaine de la santé, on a dû développer cette capacité d'avoir des dossiers nominatifs qui ont des renseignements très personnels et de les gérer de façon confidentielle.

La question de gestion, là, que vous soulevez, pour la personne qui change de statut d'emploi plusieurs fois dans l'année, je pense que c'en est une réelle. Moi, je ne peux pas présentement vous donner toutes les informations là-dessus. C'est un élément qui a été vu, qui a été discuté. Encore une fois, il faut se rappeler que même les assureurs sont dans le coup depuis cinq ou six mois, et même plus. Depuis que le comité Castonguay a commencé à travailler, l'automne dernier, ils ont été pressentis, ils ont eu de l'information, ils ont fait une réflexion là-dessus, ils ont soumis un mémoire au comité Castonguay, ils ont été revus depuis. Donc, il y a tout un cheminement qui a été fait. Et, quand on a vu un premier groupe d'assureurs — et on en verra d'autres — ils sont

venus nous voir et ils nous ont dit que ce serait compliqué, plus compliqué que présenter pour gérer les primes individuelles, mais je n'ai pas compris qu'ils nous disaient que c'était impossible. Il y a un défi de gestion à relever, mais c'est quelque chose qui peut être faisable, et encore plus quand on aura le système interactif de communication.

On m'a rappelé qu'une façon, par exemple, de le faire, pour quelqu'un qui passerait d'un régime collectif à individuel, aller-retour, ça peut être que le même assureur, qui devra aussi offrir des primes individuelles, puisse passer quelqu'un du collectif à l'individuel avec un ajustement qui pourrait être très harmonieux. C'est une voie de solution possible, juste pour montrer que ce n'est pas là... Je pense que vous avez raison en disant que c'est quelque chose de nouveau. Alors, ce qui est nouveau, qu'on n'a pas fait, qu'on n'a pas géré avant, on n'a pas ce qu'il faut à portée de la main. Mais ce que j'ai compris des gens, c'est que ce n'est pas quelque chose qui est impossible, puis, une fois instauré, bien, ça va rentrer dans les moeurs plus facilement.

● (16 h 10) ●

Finalement, vous avez fait des commentaires quant à l'échéancier pour mettre l'opération en oeuvre. C'est bien sûr que, si on se donnait un an ou deux de plus, on pourrait regarder, tout, tout, tout étudier avant et figoler peut-être encore beaucoup de choses. Si le projet de loi peut être adopté avant la fin de juin, à cette session-ci... On a quand même encore six mois, là, et pour des gens qui sont dans le coup depuis six mois. Alors, je reconnais que c'est un défi, mais tout ce qu'on nous a dit jusqu'ici, c'est que ce n'était pas un défi impossible à relever. Il faut être bien réaliste, là, on ne s'en est pas caché, il y a, comme vous avez dit, un premier objectif de ce programme-là qui en est un qui vise un programme social d'un meilleur partage du coût et un meilleur accès aux médicaments, mais il y a aussi un objectif budgétaire. Si on devait reporter d'une année la mise en oeuvre de ce programme, bien, il y a un 200 000 000 \$ qu'il faut trouver quelque part, comme économie dans le domaine de la santé, et il y a d'autres types, d'autres services qu'on devrait réajuster quelque part. Alors, c'est le jugement de l'ensemble de la situation, la macroéconomie, si vous me permettez l'expression, du système de la santé et des services sociaux qui nous amène à demander aux gens, dans toute la mesure du possible, de faire un effort maximum pour être le plus efficace possible au cours des six prochains mois.

Merci beaucoup de votre contribution. On va travailler le long des pistes que vous nous avez soulevées.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de la commission, merci beaucoup.

J'invite maintenant les représentants du Front commun des personnes assistées sociales à se présenter. Merci.

Alors, bienvenue aux représentants du Front commun des personnes assistées sociales du Québec. Je vous demande, madame, de vous présenter et de présenter les gens qui vous accompagnent et leur titre, de façon à ce que ce soit bien enregistré. Vous avez 20 minutes de remarques préliminaires et on procède à l'échange. Alors, allez-y.

Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ)

Mme Champagne (Claudette): Merci beaucoup. Je me présente: Claudette Champagne, coordonnatrice du Front commun des personnes assistées sociales du Québec. Je vous présente les gens qui m'accompagnent et qui pourront intervenir durant notre présentation. J'ai, à ma gauche, M. Jean-Yves Desgagnés, coordonnateur de l'ADDSQM, qui est un groupe membre du Front commun des personnes assistées sociales, et qui siège également à l'exécutif de l'organisme. Vous avez, à sa gauche, Mme Jeanne D'Arc Laplante, qui est une personne assistée sociale et militante à l'ADDSQM; à ma droite, Sylvie Jochems, qui est aussi coordonnatrice à l'ADDSQM Québec, et Mme Madone Landry, personne assistée sociale et militante à l'ADDSQM. Les deux personnes assistées sociales qui m'accompagnent aujourd'hui vont vous témoigner de leur situation et de l'impact, tel que le projet de loi le prévoit, s'il était adopté, qu'est-ce que ça aurait comme impact dans leur vécu, dans le quotidien.

Alors, suite à cette présentation des personnes qui m'accompagnent, je commencerais le mémoire que je vais vous lire dans les minutes qui suivent, mais, avant, j'aimerais m'excuser d'être en retard à cette présentation-là, d'avoir dû décaler notre heure de présentation. Aussi, nous avons réalisé, en relisant le texte, qu'il y avait eu des erreurs qui s'étaient glissées, ce qui fait que je ne pourrai pas, cet après-midi, vous laisser le document, mais je me suis engagée auprès de Mme Lamontagne à vous en faire parvenir une copie corrigée dès demain matin et à vous la faire retransmettre par l'intermédiaire de Mme Lamontagne.

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

Mme Champagne (Claudette): J'aimerais remercier la commission de bien vouloir nous entendre aujourd'hui et de nous permettre de venir partager nos premières réflexions sur le projet de loi sur l'assurance-médicaments que le gouvernement du Québec veut faire adopter d'ici peu. Mais, avant de vous livrer ces réflexions, nous aimerions vous donner quelques commentaires sur cette consultation et aussi vous rappeler quelques objectifs du Front commun des personnes assistées sociales du Québec.

Nous ne pouvons commencer notre présentation sans souligner notre colère face au manque de respect du gouvernement québécois, de consulter différents organismes dans des délais aussi courts, et cela, sans tenir

compte de nos ressources humaines. Je pense que ça s'explique. Quand on est convoqués pour des commissions parlementaires, on sait que vous êtes en fin de session, il y a eu plusieurs projets de loi qui ont été déposés le 15 mai, où on est sollicités pour participer à des commissions parlementaires, à réagir aux projets de loi qui sont sur la table; je pense, entre autres, à votre projet de loi, il y a un projet de loi sur l'aide juridique, il y a eu des modifications au règlement à l'aide sociale. Toutes ces modifications-là nous demandent d'intervenir, de prendre connaissance et de réagir, et on sait que, dans les groupes, souvent, on a peu de personnel, ce qui nous rend la tâche doublement difficile. Je pense que le gouvernement aurait intérêt à en tenir compte, plus particulièrement lors des prochaines consultations.

Surtout lorsque le même gouvernement nous dit vouloir laisser du temps aux employeurs pour étudier et comprendre le projet de loi sur l'équité salariale, pour, ensuite, faire des consultations sur ce projet de loi afin de s'assurer que tout le monde a eu la chance de s'exprimer sur ce sujet, et cela, malgré le fait qu'il y a déjà eu cinq consultations avant le dépôt du projet de loi sur l'équité salariale. Il ne faudrait surtout pas oublier que nous sommes des citoyens et des citoyennes et que nous représentons aussi l'électorat. On sent qu'il y a deux poids, deux mesures. Lorsque ça s'adresse aux employeurs, ce n'est pas l'urgence qui prime mais le temps, pour eux, de prendre connaissance et d'étudier les projets de loi, et, pour le communautaire, c'est toujours en situation d'urgence. Nous, on voulait exprimer cette colère-là de ne pas être traités comme l'ensemble des citoyens au Québec.

Une fois cette parenthèse refermée, le Front commun est un regroupement national qui regroupe une trentaine d'organismes locaux voués à la promotion et à la défense des droits des personnes assistées sociales du Québec. Notre expérience et notre expertise développées au cours des 20 dernières années ont fait de nous l'interlocuteur des 800 000 personnes assistées sociales du Québec.

En plus de travailler à la reconnaissance des droits individuels et collectifs, nous nous efforçons de construire un Québec dont les fondements sont basés sur des valeurs de justice sociale, de liberté, de démocratie et de solidarité. D'ailleurs, c'est à partir de ces valeurs que nous avons regardé et analysé votre projet de loi. Dans le cadre de notre présentation, nous nous pencherons davantage sur le principe même d'une assurance-médicaments, des impacts encourus sur les personnes assistées sociales et sur une demande de consultation plus large.

● (16 h 20) ●

Le principe même de l'assurance-médicaments. Dans un objectif de lutte contre la pauvreté et de solidarité, nous ne pouvons pas être en désaccord avec l'idée d'instaurer une assurance-médicaments pour les 1 200 000 personnes qui n'ont accès à aucun régime d'assurance-médicaments. Nous savons qu'actuellement plusieurs travailleurs et travailleuses à salaire minimum

vivent en dessous du seuil de pauvreté et ne peuvent avoir accès à la gratuité des médicaments au même titre que les personnes assistées sociales et les personnes âgées. C'est pourquoi nous croyons, tout comme vous, à la nécessité d'établir une équité sociale entre les citoyens et les citoyennes.

Par contre, nous ne sommes pas d'accord avec vous sur les balises énumérées qui déterminent la prime, le montant de la franchise et de la coassurance afin de permettre la mise en place de ce régime. Nous ne voulons pas que la pauvreté de la population soit redistribuée entre les pauvres. C'est ce que vous nous proposez dans votre projet de loi. Nous vous demandons de reconnaître que toute personne qui n'a pas atteint le seuil de pauvreté reconnu par Statistique Canada ne débourse aucun montant pour ses médicaments, ce qui signifie pour nous que les personnes vivant dans la pauvreté au Québec auront les mêmes privilèges, indépendamment de leur statut, qu'elles soient personnes assistées sociales, étudiants, personnes âgées, travailleurs à faibles revenus. À partir du moment où tes revenus sont en dessous du seuil de pauvreté, tu devrais avoir les mêmes privilèges et avoir accès à la gratuité de tes médicaments. Par conséquent, les personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté devraient contribuer de façon progressive, selon leurs revenus, au régime public et universel. Cette façon de faire est beaucoup plus équitable et solidaire pour les citoyens et les citoyennes du Québec.

Les impacts encourus par les personnes assistées sociales. Advenant l'adoption de votre projet de loi, tel que décrit actuellement, les impacts encourus par les personnes assistées sociales seront catastrophiques. Les montants de prestations sont tellement bas, comment peut-on penser deux minutes leur demander de payer leurs médicaments en plus? Nous aimerions ici prendre quelque temps pour vous permettre d'entendre deux témoignages: celui de Mme Jeanne D'Arc Laplante... Jeanne D'Arc, est-ce que tu veux prendre la parole? Est-ce que les micros vont fonctionner? Oui. Jeanne D'Arc.

Mme Laplante (Jeanne D'Arc): Mesdames et messieurs, mon nom est Jeanne D'Arc Laplante. J'ai 56 ans et je vis de l'aide sociale depuis plusieurs années. J'y suis tombée suite à une séparation. Je me retrouvais alors sans aucun revenu avec trois enfants à faire vivre. Maintenant, mes enfants sont tous majeurs et je vis seule avec l'une de mes trois filles. Compte tenu de mes problèmes de santé, l'aide sociale me considère inapte au travail, et j'ai donc droit à la prestation maximale pour une personne seule, soit 689 \$ par mois, moins 4 \$ par mois parce que je partage mon logement avec ma fille. En raison de mes problèmes de santé multiples, bronchite, asthme, arthrose, faiblesse au coeur et ulcère d'estomac, je dois consommer plusieurs médicaments: Atrovent, Cardizem, Ranitidine, Becloforte, Apo-Salvent, Acétaminophène et aspirine de bébé. Chaque mois, je dois prendre ces médicaments qui, présentement, sont complètement payés, à part l'aspirine de bébé, à même

ma carte-médicaments. Cela représente un coût mensuel de 216,75 \$.

En mettant en application votre nouvelle assurance-médicaments, je devrai donc déboursier un montant de 62 \$ par mois, soit 8,30 \$ pour la franchise et 54 \$ pour la coassurance. Je devrai déboursier ce montant pendant un maximum de cinq mois avant que je puisse bénéficier de la pleine gratuité. Cela représente 10 % de mon budget mensuel. Pendant ces cinq premiers mois, je devrai choisir entre me payer de la nourriture ou payer mes médicaments. Que je choisisse l'une ou l'autre des deux options, cela sera dommageable pour ma santé.

M. le ministre, votre projet d'assurance-médicaments a des objectifs louables. Toutefois, il risque d'engendrer une injustice plus grande, soit celle de mettre ma vie en danger et celle de milliers d'autres personnes à travers le Québec. M. Rochon, votre projet m'inquiète. Depuis que je suis consciente de son impact sur ma situation personnelle, je souffre d'anxiété et j'ai peine à dormir la nuit. Je crains que cela n'ait des effets néfastes sur l'évolution de mon état de santé, et votre projet de loi n'est pas encore en application. Imaginez-vous les conséquences néfastes et les coûts sociaux énormes lorsque celui-ci sera pleinement en vigueur? M. le ministre, je ne suis pas gestionnaire de l'État, mais il me semble, en tant que citoyenne, que nous pourrions faire mieux et nous doter d'un régime d'assurance-médicaments beaucoup plus généreux à l'égard des personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Merci de votre attention.

Mme Champagne (Claudette): Merci, Jeanne D'Arc. Je passerais la parole à Mme Landry, s'il vous plaît.

Mme Landry (Madone): Bonjour. Je m'appelle Madone Landry. Je suis une femme monoparentale, mère d'un jeune adulte de 20 ans, qui, bientôt, va quitter la maison. Alors, mes revenus vont être de beaucoup diminués, puisqu'il ne sera plus à ma charge. N'étant plus étudiant, il quitte la maison.

Je me suis retrouvée à l'aide sociale il y a plusieurs années de ça, près de 21 ans, en raison d'un problème de santé impossible à contrôler par la médication. Je souffre d'un problème qui peut paraître très simple, c'est l'épilepsie, mais qui, tout pris ensemble, s'il n'est pas contrôlé... Bon, je suis un soutien financier, ça a l'air bien simple à dire. Compte tenu de ce problème de santé, je dois prendre des médicaments tous les jours. On va jusqu'à me prescrire de l'Ativan, auquel je peux m'habituer facilement, et probablement que je vais arrêter bientôt puisque je n'aurai pas les moyens de me les payer, du Dilantin, de l'Épival, un troisième dont je ne me souviens pas du nom et qui est très important, et, de même, des hormones pour pouvoir contrôler mes problèmes menstruels parce que c'est à ce moment-là que j'ai de gros problèmes de santé. Selon une estimation qui m'a été faite par mon pharmacien, ça me coûte environ, en ce moment, par mois, 172 \$.

Comme je bénéficie de la carte-médicaments, ça va, je n'ai aucun problème, aucun frais à assumer, c'est ce que je me dis.

Avec votre nouveau régime-médicaments, l'assurance-médicaments, je devrai assumer un minimum de 50 \$ par mois, au moins, pendant les six premiers mois, et ceci tous les ans, tous les six premiers mois, à recommencer, à repayer, avant de pouvoir bénéficier de la complète gratuité. Comme j'ai droit actuellement, à l'aide sociale, à 689 \$ par mois de prestations et que ça me coûte environ 500 \$ par mois de loyer, chauffé, éclairé — puisque, avoir un toit sur la tête, ça exige qu'on le chauffe aussi, si on veut être bien — 500 \$, il ne me reste plus que 189 \$ pour mes autres dépenses. Enlevez déjà un 50 \$ que je devrai assumer pour mes médicaments, ça va réduire de beaucoup mon budget de nourriture qui, déjà, est insuffisant, puisque, 189 \$, ce n'est pas que la nourriture pour se nourrir, c'est aussi le petit savon pour laver aussi bien le linge que la peau et tout ce dont on a besoin dans le quotidien. Je devrai donc recourir encore plus aux banques alimentaires, et j'en suis très consciente, aux comptoirs de linge, j'en suis très consciente, mais c'est quelque chose à côté duquel je ne pourrai pas passer maintenant... ça va être là. Un 50 \$, pour moi, c'est un 50 \$ de moins de nourriture.

M. le ministre, votre projet de loi, selon moi, est inéquitable, il est injuste. Vous nous poussez à plus de pauvreté, donc à plus de problèmes de santé, physiques, psychologiques. Les économies que vous cherchez à faire sur le dos des personnes pauvres, et j'en suis une, engendreront à long terme, des coûts sociaux énormes. Je ne sais pas si vous le savez, mais l'orange que je n'aurai pas sur ma table le matin, l'orange qu'une personne pauvre n'aura pas sur sa table le matin, ça veut dire une visite de plus à son CLSC la semaine d'après peut-être, une visite de plus chez son médecin le mois d'après, une, et même des prescriptions de plus, des prescriptions qui vont aller jusqu'à des prescriptions de vitamines obligatoires, supplémentaires, puisque la personne n'arrive pas à passer au travers. M. le ministre, c'est un projet de loi inéquitable, injuste, je vous l'affirme, et j'espère que vous allez le repenser comme il faut.

• (16 h 30) •

Mme Champagne (Claudette): Merci, Madone. Deux autres témoignages qu'on aimerait vous énumérer. Oui, il reste cinq minutes. Je passe la parole à Jean-Yves pour les deux autres témoignages.

M. Marsan: Je crois que c'est important d'entendre nos invités, et si ça prend plus que cinq minutes, en tout cas, vous avez notre consentement, de ce côté-ci, pour bien les écouter. C'est vraiment, je pense, extrêmement important, ce que vous nous dites aujourd'hui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On va d'abord terminer les cinq minutes, on verra s'il y a un besoin.

M. Desgagnés (Jean-Yves): Moi, j'aimerais vous raconter... parce que Mme Rachel Grenon, qui est une travailleuse à faibles revenus, est au travail présentement. C'est une femme seule qui est âgée de 49 ans, qui est originaire du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Pendant plusieurs années, Rachel a vécu de prestations d'aide sociale. Depuis cinq ans, Rachel vit à Québec puis, un an après son arrivée, elle s'est déniché un emploi dans le domaine du télémarketing. Je ne sais pas si vous connaissez ce genre de domaine, mais c'est un domaine, dans le fond, où on a des emplois précaires, des faibles revenus. Alors, donc, c'est pourquoi, aujourd'hui, Rachel ne pouvait pas quitter son emploi pour venir témoigner en commission parlementaire. Et j'imagine que l'exemple de Rachel, on pourrait le multiplier à des centaines de milliers d'exemplaires à travers le Québec. On a dit que le projet de loi était pour les travailleurs à faibles revenus. Eh bien, on va voir, avec l'histoire de Rachel, si ça va vraiment aider les travailleurs et travailleuses à faibles revenus.

Alors, Rachel, c'est une personne qui a de sérieux problèmes de santé. Elle est bronchitique, asthmatique et diabétique. Alors, Rachel doit prendre plusieurs médicaments: du Ventolin, du Becloforte, Diabeta. Afin de mesurer son taux de diabète quotidien, Rachel doit également s'acheter des languettes. Tout cela lui coûte environ, selon son pharmacien, 200 \$ par mois. Comme son salaire lui procure des revenus à peine supérieurs à la prestation d'aide sociale d'une personne seule, apte et non participante — 500 \$ par mois, pour ceux qui ne connaissent pas le jargon de l'aide sociale, puis si j'inclus les gains de travail permis, ça donne 674 \$ par mois pour une personne seule, apte et non participante. Alors, comme elle a un petit peu plus qu'une personne apte non participante et qu'il lui en coûte 200 \$ de frais de médicaments, Rachel a effectué les démarches pour avoir la carte-médicaments à l'aide sociale. Et, depuis deux ans, Rachel a obtenu effectivement cette carte-médicaments. Je peux vous dire que ça n'a pas été facile, ça a été très compliqué, parce qu'on sait que la Loi sur la sécurité du revenu, c'est une loi de dernier recours et que, hein... Alors, c'est vraiment rendu le dernier des derniers recours.

Alors, donc, bon, on a réussi, finalement, avec des pressions, à obtenir la carte-médicaments. Donc, Rachel ne paie pas le 200 \$ de médicaments qu'elle a à payer présentement, ça ne lui coûte rien, ce qui lui permet, finalement, de pouvoir continuer à travailler au salaire minimum, à gagner sa vie, à être autonome.

Sauf que votre projet de loi, M. le ministre, eh bien, pour Rachel, qui est une travailleuse à faibles revenus, ça n'apporte absolument rien. Ça ne règle absolument rien. Vous vouliez régler l'inéquité? Eh bien, vous ne la réglez pas, l'inéquité. Parce que Rachel, avec votre nouveau régime d'assurance-médicaments, devra payer, par mois, 60 \$ pendant cinq mois avant de pouvoir bénéficier, finalement, de la pleine gratuité. Donc, elle revient à la case départ. Rachel n'a pas les moyens, n'a pas l'argent pour payer

ce 60 \$ par mois en frais de médicaments. Donc, elle se retrouve dans un cul-de-sac. Elle a le choix entre, finalement, continuer à travailler et ne plus prendre ses médicaments, ce qui est très risqué pour sa santé, ou encore laisser son emploi puis tomber sur l'aide sociale, ce qu'elle veut éviter le plus au monde, parce que, l'autonomie, ça n'a pas de prix. Elle se sent donc prise dans un cul-de-sac, M. le ministre. Elle espère que son témoignage sera entendu et que des modifications importantes seront apportées à l'actuel projet de loi afin que les personnes pauvres, qu'elles soient en emploi ou sans emploi, puissent avoir accès à un régime d'assurance-médicaments public et gratuit. Alors, c'était le témoignage de Rachel.

J'ai également un autre témoignage important, c'est le témoignage de Monique, un peu plus court. Alors, Monique, elle, elle est une femme assistée sociale qui est âgée de 30 ans. Elle est considérée, elle, apte non participante. Donc, elle reçoit — parce qu'elle ne partage pas son logement — 500 \$ par mois en prestations d'aide sociale. C'est pour une raison de santé que Monique ne pouvait pas être là aujourd'hui. Monique, elle a des problèmes d'humeur. Donc, aujourd'hui, malheureusement, son humeur était plutôt à la baisse, alors elle ne pouvait pas être présente à cette commission. Pourtant, elle est considérée apte et non participante, hein. Je le répète, elle est apte et non participante, supposément dans les gens qui, à l'aide sociale, sont prêts à réintégrer tout de suite le marché de l'emploi, là. Donc, elle a des problèmes d'humeur.

Alors, Monique, aussi, donc, elle doit prendre du lithium. Parce qu'elle a des problèmes d'humeur, elle prend du lithium. Elle a également un problème de rhumatisme à une jambe, ce qui l'oblige à prendre un anti-inflammatoire; puis, afin de régulariser ses menstruations, bien, Monique doit prendre également un médicament contraceptif. Tous ces médicaments lui coûtent environ 50 \$ par mois, puis ils sont payés présentement à même, encore une fois, la carte-médicaments.

Avec le nouveau régime d'assurance-médicaments, elle devra déboursier 22 \$ par mois. Comme son loyer lui coûte 325 \$ par mois, il ne lui reste présentement que 175 \$ pour se nourrir, s'habiller, payer le téléphone, etc. Alors, là encore, Monique, qui est apte et non participante, pour payer ses médicaments, devra couper sur la nourriture. Alors, je ne sais pas si vous le savez, quand on ne mange pas à sa faim, ça a des conséquences aussi.

Moi, je pense que le premier problème, si on veut vraiment s'attaquer aux coûts de santé puis de services sociaux, il faudrait qu'il y ait moins de pauvreté au Québec. Plus on est pauvre, hein... Ça, il y a des études, il en existe des tonnes, puis des tonnes, puis des piles. Quand on est pauvre, on est malade aussi. Ça nous rend malades physiquement et psychologiquement. Dans le fond, c'est la source même des problèmes de santé des personnes assistées sociales.

J'espère, M. le ministre, que ces témoignages vous feront prendre conscience de l'impact dramatique

de votre projet de loi sur les personnes assistées sociales. On n'est pas venus parler de millions, de centaines de millions puis de milliards de dollars, mais votre projet, il concerne des personnes avant tout, des citoyens puis des citoyennes qui ont le droit de vivre et d'exister. Ce n'est pas parce qu'ils sont sans emploi qu'il n'ont pas le droit de vivre. On a l'impression, de plus en plus, que, parce qu'on est pauvres, qu'on ne travaille pas, on n'a pas le droit d'exister et de vivre. On n'est pas loin des chambres à gaz, hein! Souvent, les gens disent: On nous tue à petit feu. C'est ça que les gens nous disent. Puis, dans le quotidien, les gens nous disent: Dans le fond, on nous tue à petit feu. C'est plus hypocrite, c'est plus dur.

Mme Champagne (Claudette): Merci, Jean-Yves. J'aimerais demander à la commission... Je sais que notre temps risque d'être écoulé, mais je demande s'il y a possibilité de prolonger. Et, pendant que Jean-Yves terminait les deux témoignages, Madone Landry me faisait demander... Suite à ce qu'elle entendait, elle avait des émotions qui montaient et elle avait le goût de vous les partager, et je serais prête, moi, à restreindre encore davantage le contenu du mémoire pour permettre à Madone Landry de vous exprimer ce qu'elle vit présentement autour de cette table. Est-ce que, M. le Président, vous acceptez cette demande?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): D'abord, deux petites remarques. Je vous demanderais, pour le bon fonctionnement, de toujours respecter une règle qui veut qu'on s'adresse toujours au président d'assemblée, et, deuxièmement, je n'ai pas d'objection en soi, si ce n'est qu'évidemment ça raccourcit aussi la période de questions. Alors, j'aimerais qu'on s'en tienne quand même, là, aux règles de base. Allez-y, madame.

Mme Landry (Madone): Je voudrais simplement vous dire que je milite au Front commun des personnes assistées sociales via l'association, à Québec, de défense des droits sociaux depuis quelques années et que, lorsque le Front commun dit qu'avec cette loi-là c'est redistribuer la pauvreté entre nous, les pauvres, je vous dirais bien que la première chose qui me remonte, c'est beaucoup de penser pas juste aux personnes assistées sociales, mais à tous les bas revenus et aux personnes assistées sociales. Mais aussi et avant tout, nous avons fait deux témoignages, deux femmes, et nous vous avons amené deux autres témoignages de femmes, et c'est surtout et avant tout des femmes, et que ce n'est pas... Quand on vous a parlé de notre colère, au tout début, comme Front commun, à propos de l'équité salariale, et tout ça, c'est normal que la colère des femmes monte.

Ce n'est pas parce que, hier, il y avait quelque chose qui se passait à Québec, non. C'est normal. C'est rendu comme ça, on ne peut plus se taire, nous, les femmes. Et je vous le réaffirme en ce moment: la pauvreté va être redistribuée, avec cette loi-là comme elle

s'en va, entre nous, les pauvres. Et c'est qui, les pauvres? Avant toute chose, les personnes à bas revenus, oui, les personnes assistées sociales, oui, mais surtout des femmes. Tenez-en compte, s'il vous plaît.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Je dois vous dire, au nom de la commission, depuis quelque temps, on est appelés à recevoir beaucoup de groupes, particulièrement de gens qui vivent des situations difficiles. Je peux vous dire que, de la part de chacune et chacun des membres de la commission, on est extrêmement sensibles à chacune et chacun d'entre vous qui venez. Parce qu'il vient beaucoup de personnes, soit des hommes ou des femmes, qui sont soit atteintes... Puis, dans le fond, on parlait beaucoup de santé jusqu'à maintenant; vous, vous parlez et de santé et de pauvrete, etc. Alors, je pense qu'il faut quand même que vous sachiez qu'on est extrêmement sensibles aux témoignages que, vous, vous faites, et on sait très bien tout ce que ça veut dire pour vous autres aussi d'avoir le courage de venir l'exprimer en commission.

Mme Champagne (Claudette): Merci. J'essaierai d'être assez brève dans la continuité de notre mémoire. Il y a un autre type de conséquence aussi qu'on voit, après celles entendues déjà par les témoignages, c'est l'utilisation des médicaments dans différents membres d'une même famille. J'aimerais ça, essayer de vous faire visualiser ce qu'on entend par ceci.

• (16 h 40) •

On sait que les gens qui souffrent d'asthme... On peut retrouver deux, trois personnes asthmatiques dans la même famille, et, actuellement, le projet de loi, tel que décrit, prévoit que les médicaments pour enfants vont être gratuits — et ça, on l'approuve totalement — ce qui aura comme conséquence que, si un adulte et un enfant ont besoin de ce qu'on appelle la pompe de Ventolin, dans la même famille, on risque d'acheter des pompes au niveau des enfants et, plutôt que l'enfant ait sa pompe à l'école, que l'adulte la garde à la maison pour ses propres fins, pour que lui puisse économiser sur l'achat de son médicament.

La même chose peut se passer pour des personnes qui souffrent de la glande thyroïde. On sait que, souvent, c'est corrigé par du Synthroid. L'enfant pourra avoir son Synthroid gratuitement, l'adulte aura à le déboursier. Et, souvent, le parent va dire: Bien, moi, au lieu de le payer, j'aime mieux prendre un dosage de Synthroid inférieur, mais, au moins, je vais pouvoir prendre quand même un médicament. Et, déjà, ça se parle auprès des personnes assistées sociales, on l'entend: Si, moi, je suis obligé de payer mon médicament, je vais m'en passer ou bien, si mon enfant en prend, je prendrai celui de mon enfant. On va se partager les médicaments. Ça aussi, c'est un effet dévastateur sur l'état de santé des personnes les plus pauvres dans notre société, puis il ne faudrait peut-être pas l'oublier.

Les personnes assistées sociales, comme les personnes âgées, ne peuvent pas assumer les coûts de leurs

médicaments sans aggraver leur état de santé. Et je pense que les témoignages qu'on nous a faits et que les autres groupes vous ont faits également le démontrent très bien. Cette détérioration aura des conséquences à long terme sur les coûts sociaux de notre société. On l'a aussi vu par nos témoignages. De plus, si l'état de santé de milliers de personnes se détériore, comment peut-on penser à réintégrer ces personnes-là sur le marché du travail? On passe notre temps à dire que c'est de leur faute s'ils ne sont pas sur le marché du travail puis qu'il faut les ramener sur le marché du travail parce que ça coûte trop cher à l'État, mais, si leur état de santé se détériore, comment on va les faire travailler, ces personnes-là? Elles vont continuer à dépendre de l'État et à augmenter les coûts sociaux également. Il ne faudrait peut-être pas l'oublier. Je veux dire, c'est un discours qui est incohérent entre les deux pratiques et les deux façons de voir les choses. Nous sommes donc contre une contribution, même avec un plafond, pour défrayer les coûts des médicaments des personnes pauvres.

Le ministre ne tient pas compte non plus dans son projet de loi des différentes coupures faites à l'aide sociale depuis les dernières semaines. Encore en fin de semaine, nous entendions que, par voie réglementaire, il va y avoir des coupures pour 90 000 familles monoparentales sur la redistribution de la prestation sur l'allocation-logement; 105 900 ménages vont aussi être pénalisés par la non-indexation de leur chèque le 1er janvier. Et ce sont les soutiens financiers, ceux qui ont plus besoin de médicaments, à l'aide sociale, ces gens-là vont voir leur chèque non indexé. La prestation de base va dorénavant servir à payer ce qu'on appelle, dans la société, les privilèges des personnes assistées sociales. La prestation de base, c'est pour assumer les besoins fondamentaux; elle va servir à payer ce qu'on entend par les privilèges, les médicaments. Il faudrait peut-être en tenir compte dans ce projet de loi.

Nous vous demandons donc de refaire vos devoirs sur ce projet de loi et, pour ce faire, nous pensons qu'il serait peut-être important, à partir de la consultation qu'il vient d'y avoir, de préparer un document, un livre blanc, et d'aller sur une consultation au début de l'automne, mais surtout de ne pas adopter en toute hâte ce projet de loi, parce qu'il est trop important. Et je pense qu'il est important de bien prendre le temps nécessaire pour le comprendre, l'évaluer, le réaménager pour atteindre l'objectif d'un régime universel, public, gratuit, et atteindre une réelle équité sociale en matière d'assurance-médicaments.

En conclusion, nous ne pouvons pas terminer cette courte présentation sur votre projet de loi sans vous dire une autre fois la colère envers notre gouvernement qui se félicite d'économiser environ 150 000 000 \$ sur le dos des démunis afin d'instaurer un régime d'assurance-médicaments. Je pourrais peut-être me féliciter puis féliciter le gouvernement qui fait une saine administration, mais une saine administration lorsqu'il ira couper où il y a à couper, mais non sur le dos des démunis. Je ne peux pas être fière et je ne peux pas être d'accord qu'on

économise en administrant nos fonds publics sur le dos des pauvres.

Nous sommes aussi inquiets de l'orientation des choix politiques que le gouvernement a prise depuis un certain temps. Il est clair que vous avez pris le vent de droite, soit celui du néolibéralisme. Mais nous vous réaffirmons que nous sommes l'électorat et que la colère gronde dans la population. Il ne faudrait pas l'oublier. Le Front commun a toujours été d'accord avec l'équité sociale, mais en désaccord avec la pauvreté et l'oppression. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Je vous ferai remarquer que j'ai permis 12 minutes additionnelles, justement, compte tenu de l'importance à la fois du sujet et du groupe que vous représentez, mais, maintenant, évidemment, vous comprenez que je me dois aussi de respecter la fin du temps lorsque l'heure sera terminée.

M. le ministre, à vous la parole.

M. Rochon: Oui, merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup de votre témoignage. Moi, je veux vous assurer qu'on ne peut pas ne pas être sensibles à ce que vous nous dites et qu'on est très conscients qu'on est dans une situation où les décisions sont très difficiles à prendre.

On a une dette et un déficit qui sont incontrôlables. Je pense que l'ensemble des Québécois et des Québécoises sont d'accord et ont donné mandat au gouvernement de trouver le moyen de diminuer le déficit. Il faut le faire rapidement et, pour qu'on puisse aussi s'attaquer à notre dette, parce qu'il y a 0,15 \$, dans chaque dollar de taxe qui est payé qui est utilisé juste pour le service de la dette présentement, et ça a augmenté de façon exponentielle...

Il y a donc une situation qui rend les décisions très difficiles pour tout le monde, et ce n'est pas de gaieté de cœur qu'on essaie de voir comment on peut répartir autrement les programmes sociaux que l'on a, surtout si ça implique qu'il y a certains avantages qui sont diminués ou que des contributions additionnelles ou nouvelles sont demandées aux gens du Québec. Et c'est ça, là, qu'il faut trouver le moyen d'équilibrer, parce que, pour diminuer le déficit, ça passe, entre autres, par une diminution des dépenses du gouvernement.

Et, dans le domaine du médicament, comme vous l'avez bien, je pense, souligné vous aussi, il y a des marches qui sont énormes à franchir. C'est vrai que, présentement, une personne qui est à l'aide sociale ne paie absolument rien pour ses médicaments. Mais la personne qui a un travail avec un petit revenu, pour 1 000 \$ de plus par année, paie tous ses médicaments et n'a aucune protection et aucune possibilité, même, d'adhérer à un régime collectif, très souvent, parce que c'est souvent des emplois où il n'y a pas de régime collectif disponible, et les polices d'assurance individuelles dans le domaine de la santé ou du médicament coûtent très, très cher. Bon.

Et ce que le projet de loi essaie de faire, c'est de voir si on peut avoir un meilleur partage pour tout le monde, voir jusqu'où ça peut demeurer équitable et correct de demander aux gens une contribution, mais sans que ça veuille dire d'enlever l'accès aux médicaments.

• (16 h 50) •

Voyez-vous, dans ce qu'on a regardé comme tableaux, juste pour ne pas prendre trop de temps vu qu'il n'en reste pas beaucoup, mais je vais quand même expliquer qu'il y a les deux tiers des personnes qui sont présentement sur l'aide sociale, des prestataires de la sécurité du revenu, qui dépensent moins de 200 \$ de médicaments par année, et jusqu'à 300 \$, c'est les trois quarts des gens qui dépensent moins que 300 \$. Et le régime actuel, qui fait que ces gens-là n'auront pas de prime à payer, mais qu'il y aurait une contribution telle qu'elle est demandée, bien, ça voudrait dire, pour les deux tiers qui dépensent 200 \$ par année, que c'est 125 \$ que ça va leur coûter, et non pas le 200 \$ au complet. Ceux qui se rendent à 300 \$, c'est 150 \$ que ça va leur coûter: la prime plus 25 % du reste. Et ceux qui se rendraient à leur plafond... pour se rendre au plafond de 300 \$, il faudrait avoir utilisé des médicaments jusqu'à 900 \$; c'est ça qui donne le plafond de 300 \$. Et, ça, c'est moins de 10 % des gens, parmi les prestataires de la sécurité du revenu actuels, qui consomment à ce niveau-là.

Je vous disais ça pour qu'on partage un peu mieux le raisonnement qu'on essaie de faire, parce que ce n'est pas un virage pour privatiser ou ce n'est pas un virage à droite, là, c'est un rééquilibrage qu'on est obligés de faire des avantages qui sont donnés dans nos systèmes, je le reconnais. Et ce qu'on essaie de voir, c'est jusqu'où c'est possible de demander une certaine contribution et comment on peut la moduler pour que ça reste à l'intérieur de ce que les gens, parmi ceux qui doivent utiliser les médicaments... ça reste quelque chose qu'ils peuvent faire comme contribution sans que ça ait les implications que vous disiez, de renoncer à manger ou de se priver d'autres choses, par ailleurs, qui seraient essentielles aussi. Bon.

Alors, on va prendre en considération. Là-dessus, là, je n'ai pas de question à vous poser, parce que vous nous dites clairement que, vous, votre position, pour des personnes qui sont inaptes au travail, ça devrait être la situation actuelle, sans aucun changement, et que les gens n'aient aucune contribution à faire. Peut-être que, si les gens restent complètement inaptes au travail, bien, ça peut peut-être poser... jusqu'à quel point ça risquerait de poser... s'il y avait un élément sur lequel vous pourriez nous éclairer un petit peu plus. Parmi des gens inaptes au travail, certains ne le sont pas toujours définitivement. S'il y a vraiment des politiques sociales et une politique de préparation à l'emploi, il y en a un certain nombre qui peuvent espérer un jour aussi devenir aptes à l'emploi et trouver un emploi. Dans la mesure où c'est des gens qui, de façon chronique et à très, très long terme... Je prends note que vous nous dites qu'on

devrait essayer de moduler le système pour qu'il soit plus généreux et que, pour ces gens-là, il n'y ait pas de contribution demandée.

Maintenant, vous n'avez pas parlé du tout — c'est là que serait surtout ma question — des gens qui sont prestataires de l'aide sociale mais aptes au travail. Est-ce que je dois comprendre que, si on leur demande une contribution du même ordre, sans prime à payer mais avec une franchise de 100 \$ et un plafond qui reste aussi à 300 \$, pour des personnes aptes au travail, même si leur prestation de sécurité du revenu est moins élevée que celle des personnes qui sont inaptes au travail, ce serait quand même... qu'on respecterait, là, un minimum d'équité en partageant mieux une meilleure continuité entre une personne apte au travail, qui pourrait, à la limite — les 10 % qui se rendent à 900 \$ de consommation — payer jusqu'à 300 \$, ou payer 100 \$, 150 \$, 200 \$, pour la majorité d'entre eux, par année, et de sorte que, si elles trouvent un emploi avec un petit salaire, il y aura moins un changement dramatique dans leur situation parce que, en ayant un petit salaire, elles seront aussi protégées plus qu'elles le sont actuellement? Est-ce que ça veut dire que, pour les aptes au travail, c'est à peu près correct, mais que, pour les inaptes, vous trouvez que, même si leur prestation de sécurité du revenu est un peu plus élevée que pour ceux qu'on appelle aptes au travail, là ça reste quand même impossible pour eux de fonctionner avec le régime qu'on propose?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Champagne.

Mme Champagne (Claudette): Oui. Deux, trois points que j'aimerais reprendre à partir de votre intervention, M. le ministre. Dans nos témoignages, nous vous avons présenté des témoignages de personnes aptes non participantes, un témoignage de personne à faibles revenus, des témoignages de personnes au soutien financier. Pour nous, notre position, c'est que toute personne, indépendamment de son statut, c'est-à-dire qu'elle soit apte, inapte, personne âgée, étudiante, qui vit d'un revenu en dessous du seuil de pauvreté reconnu par Statistique Canada ne devrait pas avoir à déboursier ni prime, ni franchise, ni coassurance, pour un projet de régime d'assurance-médicaments. Est-ce que, ça, ça définit plus clairement la position que nous avons énoncée durant la présentation? Je ne distingue pas les aptes des inaptes. Pour nous, toute personne vivant, pour une personne seule, en dessous de 15 000 \$ ou de 16 000 \$, le revenu reconnu de Statistique Canada, ne devrait pas déboursier une somme d'argent pour avoir accès à des médicaments qui vont lui permettre de régulariser son état de santé dans le but de l'améliorer et de lui permettre de continuer, si elle travaille à faibles revenus, à maintenir son travail et à être autonome financièrement.

L'autre chose. Je comprends très bien le gouvernement lorsqu'il a une intention de réduire son déficit monétaire, mais il ne faudrait peut-être pas oublier que

nous sommes aussi dans l'Année internationale pour l'élimination de la pauvreté. Autant le Québec et le Canada reçoivent des réprimandes au niveau de leur gestion financière, nous avons aussi reçu des réprimandes, en 1993-1994, du comité économique, culturel et social de l'ONU sur notre inertie en matière de pauvreté auprès des femmes et des enfants. Pourtant, dans le discours gouvernemental, dans le cadre de l'année de l'abolition de la pauvreté, nous n'entendons rien au niveau des législations mises de l'avant pour abolir la pauvreté, qui est aussi prioritaire et non pas à la remorque du déficit budgétaire.

La pauvreté est grandissante au Québec et au Canada, et, au lieu de s'y attaquer pour l'éliminer, on s'attaque à la maintenir et à la redistribuer entre les pauvres. Jamais on n'entend parler de législation qui va permettre de faire contribuer ceux qui ont le plus d'avoirs liquides, pour avoir une équité sociale. Et, actuellement, j'aimerais bien voir, moi, les mesures qui sont prises pour ceux qui ont plus d'argent, qu'ils puissent le plus bénéficiaire dans un régime comme celui-là.

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

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci à vous pour avoir accepté l'invitation de la commission. Merci particulièrement des témoignages que vous nous avez apportés. Je pense qu'ils ajoutent un éclairage au moment où on étudie, où on écoute les différents groupes juste avant d'étudier article par article ce fameux projet de loi.

Moi, j'aimerais vous entendre, et ce serait ma première question, sur l'aspect progressif des exemptions. J'imagine que vous avez su — nous, nous l'avons eu par communiqué de presse — que les exemptions totales, si le revenu familial est égal ou inférieur à... et là il y a un certain nombre d'hypothèses, de paramètres. Par exemple, pour un adulte, c'est de 10 400 \$ jusqu'à un montant de 14 800 \$, et, après ce montant-là, il n'y a aucune exemption de la prime, si le revenu familial est plus grand que 14 800 \$. J'imagine que vous savez à quoi je fais référence, là? C'est ça.

Nous, ce qu'on a entendu quand le parti ministériel nous a présenté ce projet, c'est de dire que, ça, c'était vraiment un projet équitable. Puis on nous parle depuis ce temps-là d'équité sociale. On nous a signifié qu'il y avait un aspect progressif dans les exemptions, qui était, semble-t-il, aussi social. J'aimerais vous entendre sur ce sujet, s'il vous plaît.

Mme Champagne (Claudette): D'accord. Je permettrai, si vous me l'accordez, de laisser répondre M. Desgagnés à la question.

● (17 heures) ●

M. Desgagnés (Jean-Yves): Par rapport à l'exemption totale, c'est clair que, bon, par exemple, si je prends l'exemple de Rachel, tout à l'heure, qui est une travailleuse à faibles revenus, alors, Rachel,

présentement, elle gagne à peu près 10 300 \$, O.K.? Donc, elle ne serait pas assujettie à la prime, sauf qu'elle est assujettie à la franchise de 100 \$ et elle est assujettie également aux 300 \$ de coassurance. Donc, Rachel est à la limite du seuil. Non seulement elle risque de payer 300 \$ par année en frais de médicaments, alors que ça ne lui en coûte rien présentement puis qu'elle travaille à temps plein, mais elle risque prochainement de devoir payer, finalement, une partie de la prime.

Donc, c'est clair que — là aussi, c'est toujours le point de départ, le seuil de pauvreté — il ne devrait pas y avoir de prime, de franchise, de coassurance tant qu'une personne est en dessous du seuil de pauvreté. Pour une personne seule, par exemple, en 1994, c'était 15 000 \$, selon le dernier rapport du Conseil national du bien-être social. Donc, si on veut avoir un point de repère, c'est 15 000 \$ pour une personne seule. Et là, nous, on pense que ça devrait être le point de départ pour savoir si quelqu'un doit payer ou ne pas payer de prime, de franchise et de coassurance.

Par rapport à la question, moi, j'aimerais aussi réagir à la question du déficit. Je ne sais pas si vous me le permettez, là, mais j'aimerais ça aussi réagir là-dessus. On en parle beaucoup, qu'il faut régler le déficit, puis la dette, puis la dette, puis la dette. D'une part, je recommanderais à tous les membres de la commission de faire la lecture d'un dossier, qui est paru dans *Vie Ouvrière*, sur la dette publique au Canada et au Québec, où on parle des causes de la dette publique. Une des principales causes de la dette publique, c'est les abris fiscaux. Alors, ça, les abris fiscaux, on en parle très peu souvent. Quand on en parle, on a l'impression d'être des extraterrestres, ou d'être des méchants communistes, ou des extrémistes, ou tout ce que vous voulez de «istes», sauf qu'il y a des milliards et des milliards qui dorment là, et on ne touche pas à ça.

Qu'on arrête de nous dire, puis de nous fatiguer avec le déficit puis la dette en disant que c'est seulement en coupant dans les programmes sociaux qu'on va le régler, parce que, selon cette même étude là, les programmes sociaux sont responsables pour 3 % de la dette. Donc, si on veut vraiment régler la dette, qu'on s'attaque aux abris fiscaux et qu'on s'attaque également à la question du déficit.

Alors, je voulais réagir là-dessus en disant qu'il y a d'autres façons, on peut se procurer de l'argent ailleurs, dans les revenus. Parce que la dette, aussi, c'est un problème de revenus, c'est principalement ça. On n'en parle pas souvent, malheureusement, mais il est là, le problème, ce n'est pas au niveau des programmes sociaux.

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

M. Marsan: Alors, votre recommandation, c'est de dire qu'il ne devrait y avoir aucuns frais associés pour les gens sur la sécurité du revenu. Est-ce que ça

pourrait devenir plus acceptable si on augmentait les prestations à l'aide sociale?

Mme Champagne (Claudette): C'est sûr qu'on ne se plaindrait pas si les prestations étaient augmentées à l'aide sociale, mais on n'accepterait pas que les prestations soient augmentées pour mieux faire digérer la facture du régime, non plus de la mise en place du projet d'assurance-médicaments. Parce que, pour nous, la recommandation s'adresse non seulement aux personnes assistées sociales, mais à l'ensemble des démunis et à l'ensemble des personnes à faibles revenus. Quand on est ici, ce n'est pas juste au nom des personnes assistées sociales. C'est prioritairement pour elles, mais c'est aussi pour l'ensemble des gens qui n'ont pas accès à des médicaments gratuitement faute de revenus qui leur permettent d'avoir accès à des régimes d'assurance privés.

Alors, je ne peux pas dire que je suis contre une augmentation de la prestation, mais je ne voudrais pas qu'elle justifie l'implantation de ce régime-là à long terme en pénalisant les travailleurs à faibles revenus, non plus. Parce qu'on sait que la prestation va venir probablement de l'argent d'autres pauvres.

M. Marsan: J'aurais une autre question, M. le Président. Je ne sais pas si vous pouvez nous indiquer si vous avez certaines études qui confirmeraient qu'il y a des coûts indirects à une mauvaise médication. Je pense que, tantôt, dans les témoignages, on l'a vraiment entendu de façon claire et très éloquent. Est-ce qu'on peut, jusqu'à un certain point, évaluer quels seraient vraiment les coûts, les impacts, non seulement monétaires, mais sociaux aussi, d'une mauvaise utilisation de la médication?

Mme Champagne (Claudette): Je crois que, cette semaine, peut-être pas directement sur l'ensemble de l'état de la santé, mais, cette semaine, l'ordre des diététiciens et diététiciennes va sortir un rapport sur l'impact de la pauvreté au niveau de la malnutrition, qui devrait être rendu public le 5 juin. Je pense qu'il va y avoir, dans ce rapport-là, des chiffres très intéressants pour démontrer que les gens qui ont peu de revenus, l'impact que ça a sur la malnutrition et ce que ça a comme conséquences sur leur état de santé également.

Nous, on ne s'est pas nécessairement, au Front commun, spécialisés sur les états de santé. Ce n'est pas directement notre secteur d'intervention, mais nous sommes très près de la coalition pour la santé et la gratuité des services et nous adhérons aux recherches et aux constats que cette coalition-là met de l'avant. Alors, je ne pourrais pas, ici, vous nommer d'étude, comme tel, mais je pense que la coalition serait en mesure, si elle n'est pas passée ou si elle est passée, de vous communiquer des recherches sur les coûts sociaux. Je vous invite à prendre connaissance aussi du rapport de l'ordre des diététiciens et diététiciennes.

M. Marsan: Absolument.

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

M. Marsan: M. le Président, j'avais encore une question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dernière question.

M. Marsan: Oui. Vous approchez tout le dossier des médicaments d'une façon différente. Il n'y a pas seulement les médicaments. Il y a les médicaments qui sont importants, mais il y a aussi tout ce qui leur est associé. Je pense que, dans un exemple, vous avez fait référence à quelqu'un qui pouvait souffrir du diabète; et, à ce moment-là, on a besoin non seulement de l'insuline, mais aussi des seringues, des glucomètres, des bâtonnets. D'autres associations de patients sont venues ici nous dire que, peut-être, pour eux autres, c'était important aussi d'avoir une chaise roulante puis un logement adapté, puis des choses comme ça. Alors, je pense que... Je voudrais vous entendre sur cet aspect de la recommandation. Vous souhaitez élargir la base du programme d'assurance-médicaments, si je comprends bien.

Mme Champagne (Claudette): Élargir la base de l'assurance-médicaments. Une chose qu'on a peut-être moins présentée, c'est aussi de maintenir l'accès à ce qu'on appelle des prestations spéciales à l'aide sociale, dont avoir accès à des fauteuils roulants, avoir accès à l'achat de couches. Ça aussi, je veux dire, c'est quelque chose qui, pour nous, doit faire partie du régime d'assurance-médicaments et doit aussi être ouvert à l'ensemble des travailleurs à faibles revenus, aux personnes âgées et, également, aux personnes assistées sociales. Il ne faut pas l'oublier, et ça s'inscrit dans un régime d'assurance qu'on voit beaucoup plus large, nous, et de façon beaucoup plus universelle et publique.

J'aimerais, parce qu'on m'a fait signe pendant que vous interveniez... Mme Laplante a elle-même eu à vivre à un moment donné une période dans sa vie où elle n'a pas pu utiliser les médicaments qui lui étaient prescrits, faute d'argent, et elle almerait vous dire deux ou trois mots sur les conséquences que ça a eu de ne pas suivre sa médication. Si vous me permettez, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très court, Mme Laplante, et je viens d'avoir l'accord de l'opposition sur son temps.

Mme Laplante (Jeanne D'Arc): Oui, M. le Président. Moi, au début des années quatre-vingt, j'ai eu à prendre un médicament... eu à prendre... je n'ai pas pu le prendre. Le médecin m'avait prescrit un médicament, des antibiotiques, mais je n'avais pas d'argent pour le payer. Ça fait que ce qu'il en a résulté, c'est

que, là, je suis prise avec un problème pulmonaire, parce que j'avais une pneumonie à ce moment-là, et je n'ai pas pu prendre le médicament prescrit. J'ai été obligée de retarder au début du mois suivant pour pouvoir acheter le médicament qu'il me fallait. Puis, suite à ça, j'ai été prise avec un problème pulmonaire et aussi un problème cardiaque.

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

M. Marsan: Oui. Bien, à nouveau, merci pour votre présentation et la qualité des témoignages. Je pense que vous nous présentez un éclairage extrêmement important. On reçoit votre message aussi: Vous êtes contre toute forme de contribution. Vous dites aussi au ministre de refaire ses devoirs. Je dois vous dire qu'il y a d'autres groupes qui nous ont dit, jusqu'à maintenant, de prendre le temps qu'il faut, que les gens voulaient intervenir, et pas nécessairement des groupes sociaux, là, des groupes... différents groupes, en tout cas. Nous, on trouve que ça va un petit peu trop loin. On est rendu vraiment avec une taxe à la pauvreté. Et, d'un côté, on nous prêche un discours... Et là je ne veux surtout pas partir de polémique, mais on a le discours puis on a les faits. Alors, on vous reçoit aujourd'hui, vous nous avez parlé des faits et je voudrais vous remercier bien sincèrement.

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

● (17 h 10) ●

M. Rochon: Merci, M. le Président. Dans un des derniers échanges, on a fait référence à tout ce que pourrait couvrir en plus un programme d'assurance, en allant même jusqu'aux fauteuils roulants. Là, je voudrais quand même rappeler qu'il y a d'autres programmes qui existent, qui sont peut-être à bonifier, eux aussi, et qui peuvent peut-être devenir plus généreux. Mais ce n'était pas, et ce n'est pas du tout l'objectif de ce programme-ci de remplacer tous les programmes d'aide technique qui existent, qui étaient des programmes qui ont été mis sur pied par l'Office des personnes handicapées, pour lesquels il s'est injecté un 7 000 000 \$ additionnel, en plus des budgets qui existaient déjà, l'année passée, pour diminuer les listes d'attente et le temps d'attente, et avec un assez bon succès. Ces programmes sont assez bien établis et sont transférés de l'Office des personnes handicapées, présentement, pour être gérés par d'autres organismes, comme, entre autres, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui sont mieux préparés pour gérer ces grands programmes là, l'Office ayant fait son bout de chemin en les développant.

Alors, on doit se rappeler, là, qu'il y a tout un contexte, d'autres programmes qui sont toujours là, qu'on pourra, encore une fois, continuer de bonifier aussi. Mais je ne pense pas qu'on aurait avantage, qui que ce soit, à tout remettre ça dans un seul et même

programme qui vise le médicament. Celui-là est très, très, très spécifique.

Sur l'ensemble de votre présentation, moi, je comprends très bien votre message. On va continuer d'essayer de s'assurer que... de voir comment le régime peut être vraiment le plus équitable possible et permettre de voir jusqu'où une contribution peut être demandée des différentes personnes, mais en protégeant l'objectif qu'on vise, qui est de demander une contribution des gens dans la mesure du possible, mais en maintenant puis en assurant l'accès aux médicaments.

Je suis bien d'accord avec vous que ce qui est le plus nocif pour la santé, ultimement, c'est la pauvreté. C'est la cause profonde de tous les problèmes de santé. Je veux rappeler que le gouvernement, par différentes mesures, veut viser un impact réel sur la pauvreté, et ça, ça se fait en maintenant, bien sûr, nos programmes sociaux, mais en trouvant le moyen en même temps de créer aussi la richesse. Si on veut se distribuer de façon plus équitable une richesse plutôt que d'avoir à absorber des diminutions de dépenses, il faut la créer, la richesse. Il faut qu'on en ait plus pour pouvoir s'en partager plus, et il y a beaucoup d'autres actions du gouvernement qui visent cet objectif. Créer la richesse, ça veut dire aussi, d'abord, créer de l'emploi pour plus de gens qui vont faire les développements qu'on souhaite.

Vous avez référé à d'autres possibilités pour équilibrer notre budget, pour lutter contre le déficit, pour aller chercher plus de revenus: diminuer les abris fiscaux. Je voudrais juste rappeler que le dernier budget fait un bon bout de chemin. Il n'y a rien de parfait dans ce bas monde, mais le dernier budget vise... C'est un budget qui veut diminuer le déficit, mais, dans toute la mesure du possible, en aidant les jeunes pour qu'ils retournent sur le marché du travail, en aidant le démarrage de petites et moyennes entreprises, en favorisant les marchés d'exportation, où c'est là qu'on peut le plus aller chercher de la richesse pour le Québec, et en diminuant de beaucoup ce qu'on appelle les dépenses fiscales, les exemptions fiscales que plusieurs personnes ont.

Alors, dans tout le contexte présentement, des efforts sont faits à peu près sur tous les fronts, mais il reste à voir, là, à s'assurer... Et, moi, j'enregistre très bien ce que vous nous dites, qu'on va prendre en considération pour qu'on puisse s'assurer, mais vraiment dans toute la mesure du possible, que l'effort collectif qui est demandé est vraiment ajusté le mieux possible à ce que chacun d'entre nous peut faire, en évitant au moins d'aggraver le sort de qui que ce soit, je suis entièrement d'accord avec vous. Merci beaucoup de votre contribution.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Je termine en vous disant simplement que, si la commission vous a invités, c'est parce qu'elle voulait vraiment, vraiment, mais vraiment vous entendre, et on apprécie que vous soyez là.

J'invite maintenant les gens de la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec, à s'approcher.

À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant les représentants de la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec. Je vous demande, tout en vous présentant, de souligner les noms et titres. Vous avez 20 minutes — mais vous êtes des habitués maintenant — de remarques préliminaires.

Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec

M. Larouche (Daniel): Je vous remercie. Alors, mon nom est Daniel Larouche. Je suis le président de la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec. Mon intérêt pour cette maladie vient de ce que ma conjointe en est atteinte. À ma gauche, M. Miklos Fulop, qui est le directeur général de la Société; à sa gauche, Mme Johanne Pépin, qui est membre de la Société et qui est atteinte de la sclérose en plaques, et qui est traitée à l'interféron bêta; à ma droite, le Dr Jean-Pierre Bouchard, qui est professeur de neurologie à l'Université Laval, qui est médecin au département de neurologie à l'Hôpital de L'Enfant-Jésus et à la Clinique de sclérose en plaques de la région de Québec; à sa droite, Mme Renée Francoeur, qui est également une personne atteinte de la sclérose en plaques et qui est membre de la Société, et qui est également traitée à l'interféron bêta.

Alors, au nom des 5 000 membres de la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec, nous vous remercions de nous accueillir ici pour traiter du projet de loi n° 33 sur l'assurance-médicaments. Avant d'embarquer dans le vif du sujet, si vous voulez, on va vous donner une petite toile de fond, d'une part, pour vous parler un petit peu de la maladie, encore que vous soyez maintenant familiers — je vais aller rapidement là-dessus — puis, ensuite, de la problématique un peu des médicaments que ça entraîne.

Alors, la sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central qui affecte les jeunes adultes, généralement, qui ont entre 20 et 40 ans, et plus particulièrement les femmes, plus les femmes que les hommes. Elle est particulièrement répandue au Québec. Le Québec est un des endroits au monde où la prévalence de cette maladie-là est la plus élevée. On estime qu'environ une personne sur 500 au Québec, soit à peu près 12 000 personnes, serait touchée par une des formes de cette maladie-là. Il y a plusieurs formes à la maladie. Grosso modo, on peut les classer en deux grands groupes: d'une part, il y a la forme qu'on appelle rémittente cyclique, qui se manifeste par des poussées suivies de rémissions plus ou moins longues, il y a des poussées plus ou moins intenses, et il y a la forme dite progressive continue, qui, elle, se caractérise par une dégénérescence continue et progressive, comme le nom l'indique.

Les symptômes de la maladie sont très variables. C'est à peu près n'importe quoi qui a un rapport avec le système nerveux central. Donc, c'est la vue, le toucher, l'équilibre, la motricité. Les symptômes peuvent se

manifeste de façon permanente ou de façon temporaire. Ils peuvent être plus ou moins graves et ils sont — c'est une maladie assez intéressante de ce point de vue là, c'est assez palpitant — souvent imprévisibles, ça va, ça vient. C'est une maladie à suspense, on pourrait en faire des télééries. La sclérose en plaques n'est ni une maladie mentale ni une maladie contagieuse. Elle ne peut être ni prévenue ni guérie.

• (17 h 20) •

On a accueilli le projet de loi avec une certaine ambivalence. D'une part, le projet de loi, nous a-t-il semblé, visait à aider des gens qui correspondent en tous points aux caractéristiques présentées par des gens qui font de la sclérose. C'est-à-dire que les gens qui font de la sclérose, forcément, sont des gens qui ont des problèmes à s'assurer. Donc, la proportion des gens qui font de la sclérose et qui ont de l'assurance-médicaments est très basse. On estime que... Certaines enquêtes ont déterminé que 57 % seulement des gens atteints de la sclérose étaient couverts par une assurance-médicaments, que cette assurance-là soit privée ou assurance d'État, mais l'ensemble de ces couvertures-là, ça fait à peu près 57 % des personnes atteintes de la sclérose, comparativement au chiffre de 85 % qui court pour l'ensemble de la population du Québec. On estime que 85 %... Le chiffre qui court depuis quelques semaines, c'est que 85 % de l'ensemble de gens, au Québec, seraient couverts par une forme ou l'autre d'assurance-médicaments, privée et publique. C'est ça? C'est bien ça que je pensais. Donc, une sous-assurance, chez les personnes qui font de la sclérose en plaques, notamment reliée au fait qu'un grand nombre des personnes qui sont atteintes de la sclérose n'ont plus de lien d'emploi, les personnes ne sont plus en mesure d'occuper un emploi à temps plein, voire à temps partiel. Ce matin encore, on m'a raconté l'histoire d'une jeune femme qui s'est fait carrément licencier parce qu'elle était atteinte de la sclérose en plaques, et, de ce fait, non seulement elle était privée de revenus, mais elle était privée aussi de tout son filet de sécurité sociale, d'avantages sociaux qui allaient avec son emploi.

Donc, si on regarde de ce point de vue là, bien sûr, les gens qui font de la sclérose en plaques sont extrêmement heureux, je dirais, de voir un projet de loi comme ça, parce qu'on a l'impression que ça s'adresse exactement au problème qu'on a. La consommation des personnes qui font de la sclérose n'est pas particulièrement, n'était traditionnellement pas très, très différente de la consommation des personnes en général, il n'y avait pas de médicament qui s'adressait spécifiquement à la sclérose en plaques. Les gens qui font de la sclérose avaient donc un problème d'assurances beaucoup plus qu'un problème de pharmacothérapie spécifique.

D'autre part, et c'est un peu relié à des développements scientifiques qui ont eu lieu au cours des dernières années — je parlais d'ambivalence tantôt — il y a maintenant une médication spécifique pour la sclérose en plaques, et il nous semble que cette évolution-là — je

vais vous expliquer pourquoi — fait que l'assurance-médicaments risque, pour nous, d'être ce qu'on appellerait un rendez-vous manqué. Il y a, depuis quelques années, des expériences qui ont été faites avec des interférons bêta, sur la sclérose en plaques, et qui ont eu des effets extrêmement positifs et cliniquement démontrés. Mais, là, pour l'instant, un seul est reconnu pour commercialisation au Canada, et c'est... la marque de commerce, c'est le Betaseron; il y en a d'autres qui sont reconnus. Il y en a un qui est reconnu, l'Avonex, par la FDA américaine depuis le 17 mai et qui est sur le marché, en pharmacie, depuis le 20 mai aux États-Unis. Si l'expérience de Betaseron est répétée, on s'attend que, d'ici deux ans, l'Avonex soit sur le marché au Canada aussi.

Les effets de ces médicaments-là, essentiellement, c'est de réduire le nombre de poussées. D'abord, ils s'adressent à la variété de sclérose qui se manifeste par poussées et rémissions, donc la rémittente cyclique, et ils diminuent le nombre de poussées d'environ 30 %; ils diminuent l'intensité des poussées d'environ 50 % et ils diminuent le nombre et la grandeur des plaques au cerveau. Il a été démontré aussi que ça avait un effet... que ça diminuait les hospitalisations, la durée et le nombre d'hospitalisations, chez les personnes qui prenaient de l'interféron bêta. C'est à peu près ça, les effets que ça donne. Le prix de ce médicament-là est assez élevé. Le Betaseron, lui, est commercialisé au coût d'environ 17 000 \$ par année. Si on en croit les prix qui sont maintenant pratiqués pour l'Avonex aux États-Unis, ce ne sera pas significativement différent, ça va être dans les mêmes ordres de grandeur. Donc, la médication qui est dans le pipeline et qui est soit sur le marché, soit sur le point d'y arriver, grosso modo, on parle d'ordres de grandeur qui vont aller de 15 000 \$, 17 000 \$, 20 000 \$ par année.

Or, il s'est produit, en décembre, le fait suivant, c'est que le Conseil consultatif de pharmacologie a recommandé que le Betaseron, qui est celui qui est maintenant commercialisé, ne soit pas inclus dans la liste de médicaments aux fins de remboursement par le régime public. Bon, ça a été pris, par les gens qui font de la sclérose, comme, passez-moi l'expression, une claque dans la face. Les gens étaient extrêmement contents. Il y avait une vague d'espoir qui courait chez ces gens-là, chez les gens qui font de la sclérose, c'était de dire: Enfin il y a quelque chose qui débloque. Et puis, bon, il y a eu une décision administrative qui a comme arrêté le party. On a consulté nos neurologues, les neurologues qui collaborent de façon régulière avec la Société, qui ont examiné la décision du Conseil consultatif de pharmacologie — on en a un ici aujourd'hui, il y en a quelques autres au Québec, là, à qui on a parlé — et ça a été unanime, tous ces gens-là nous ont dit que la décision ou que la recommandation du CCP leur apparaissait comme contestable. Nous, on a regardé un peu ailleurs dans le monde, et ça nous est apparu d'autant plus étrange qu'une telle recommandation soit faite que, dans les pays comme le Royaume-Uni, le Danemark, Israël,

l'Espagne, même chez nos voisins de l'Ontario, il y a une forme de remboursement, un degré de remboursement qui est effectué par la sécurité sociale. À notre connaissance, le Québec est la première juridiction au monde à refuser l'inscription du Betaseron dans une liste de médicaments remboursés par la sécurité sociale. Ça nous est apparu un peu étrange.

Alors, si on met ce refus-là, avec le projet de loi sur l'assurance-médicaments, ce qu'on a découvert, c'est des effets un peu indésirables, et c'est ce qui motive notre ambivalence devant le projet de loi. L'effet de ce projet de loi là, avec le refus du CCP, va être différent selon le genre de personnes à qui on s'adresse. D'abord, pour les personnes qui déjà sont des bénéficiaires des régimes publics, soit parce qu'elles sont assistées sociales, soit parce qu'elles sont des personnes âgées, bien, elles se retrouvent devant le fait que le seul médicament qui soit commercialisé et qui pourrait avoir un effet sur leur condition n'est pas couvert, donc elles n'y ont pas accès. Pour les 43 % des gens qui ne sont pas assurés, et qui ne sont pas assurés, souvent, à cause de leur état de santé, justement, bien, ils vont devoir se rabattre sur ce que le projet de loi appelle le régime général. Donc, bien sûr, ils vont pouvoir obtenir de l'assurance pour leur consommation de médicaments courante, mais le seul médicament qui aura un impact sur leur maladie ou leur problème de santé principal ne sera pas inclus dans la liste des médicaments, par conséquent ne sera pas couvert par le régime général. Donc, amélioration, certes, mais amélioration un peu frustrante, dans la mesure où le médicament qui améliorerait vraiment leur état ne sera pas couvert. Reste une partie des 57 %, dont je parlais tantôt, qui ont soit de l'assurance privée, soit de l'assurance publique, une partie de ces gens-là sont assurés à l'heure actuelle par des compagnies privées. Je ne sais pas quelle portion des 57 % est assurée par l'assurance privée, mais il y en a une partie qui n'est pas négligeable. Beaucoup de ces personnes-là — on en a deux ici avec nous aujourd'hui — peuvent prendre le Betaseron à l'heure actuelle parce que la compagnie d'assurances privée le rembourse.

Cela dit, à partir du moment où la liste n'inclut plus ce médicament, moi, j'ai de très, très sérieux doutes quant à la continuité de cette couverture-là. On s'attendrait que les compagnies d'assurances, très rapidement, articulent leur couverture — même collective — autour du régime général, puisque c'est tout ce qui est mutualisé là-dedans, et donnent ou offrent aux employeurs des assurances complémentaires ou additionnelles, mais qui vont toucher un plus grand nombre d'assurés possible, de sorte que ce soit, entre guillemets, populaire et que ce soit bon pour le marketing.

Des médicaments très coûteux, donc qui risquent d'avoir un impact sensible sur la prime de l'employeur, mais qui touchent un nombre très restreint de personnes, ça ne risque pas d'être très, très, très populaire comme option sur les régimes d'assurance, si je peux m'exprimer ainsi. Puis, en plus, le fait que le médicament ne soit pas sur la liste va faire en sorte qu'il va échapper au

mécanisme de mutualisation prévu par la loi. Par conséquent, un assureur rationnel — et la plupart des assureurs que je connais sont rationnels — va plutôt éviter ce médicament-là plutôt que de l'offrir, puisqu'il n'est pas mutualisable. Donc, ça va avoir une espèce d'effet pervers, ce projet d'assurance-médicaments là, qui va faire en sorte que les gens qui n'ont pas accès actuellement à l'interféron n'y auront pas plus accès avec, et les gens qui, actuellement, ont accès au Betaseron à cause de l'assurance privée vont vraisemblablement s'en trouver privés à cause des décisions que les assureurs privés vont prendre rationnellement dans le nouvel environnement législatif. Ça nous apparaît un peu... j'allais dire désastreux... le mot est peut-être un peu fort... mais, «frustrant», je pense, est un mot approprié dans les circonstances. Donc, c'est un peu ça. On se retrouve dans une situation où, disons, si on voulait acheter de l'assurance-incendie, on se ferait dire: Écoutez, si vous avez de la fumée dans votre cuisine, on va vous arranger ça, vous êtes couvert; si votre maison passe au feu, c'est trop cher, vous n'êtes pas couvert pour ça. C'est une étrange assurance-incendie que celle-là. Et, pour les gens qui font de la sclérose en plaques, c'est un peu la situation dans laquelle on est en train de se retrouver.

● (17 h 30) ●

Or, quoi faire? Bien sûr, ce qu'on voudrait de façon très immédiate, c'est que le Betaseron, qui est le médicament qui a été demandé d'être inclus dans la liste, soit inclus dans la liste, mais on pense que c'est un cas particulier d'un problème plus général qui est en train de se manifester dans le portrait de l'assurance-médicaments au Québec. Il y aura de plus en plus de ces cas-là, que ce soit pour la sclérose en plaques — parce qu'il y en a d'autres, médicaments, qui s'en viennent — que ce soit pour d'autres maladies qui touchent un nombre limité de personnes, il y aura de plus en plus de ces cas-là où la biotechnologie va mettre au point des médicaments qui solutionnent des problèmes, qui ont des effets thérapeutiques bénéfiques, mais qui coûtent très cher. Et le CCP va se retrouver avec un nombre grandissant d'arbitrages à faire sur ces médicaments-là.

Est-ce que le CCP doit ou non incorporer la dimension pharmacoeconomique dans ses décisions? Il semble que le ministre ait décidé que oui, puisqu'il a décidé d'ajouter au CCP un spécialiste en pharmacoeconomique. Là-dessus, je ferais remarquer à la commission que, malgré l'addition d'un spécialiste en pharmacoeconomique, le mandat du CCP, et même dans le projet de loi sur l'assurance-médicaments, ne parle pas de pharmacoeconomique comme critère d'inclusion ou d'exclusion à la liste des médicaments. Le mandat du CCP à cet égard est inchangé depuis 1971 dans la loi, malgré que le rôle du CCP, lui, dans la vraie vie, ait évolué de façon très, très, très significative et très sensible. Il a évolué au fil de décisions administratives et il a évolué sans que jamais il y ait eu un débat sur le rôle du CCP, sur les critères qui devraient présider à l'inclusion ou l'exclusion de médicaments dans la liste. Et, de plus en plus, ces critères-là vont être n'importe quoi sauf

administratifs, de plus en plus, si on s'en va dans un régime général d'assurance-médicaments, la générosité du régime va se décider autant dans la constitution de la liste que dans les décisions qui auront trait à la prime, à la franchise et à la coassurance. Or, l'ensemble de ces paramètres-là, me semble-t-il, devrait faire l'objet d'un débat, et les critères de travail du CCP devraient aussi, à mon avis, faire l'objet de débat.

De la même façon, il nous semble que le CCP devra faire l'objet d'énormément de prudence et de transparence dans son travail, puisque son travail va avoir un impact, à partir de maintenant, qui va être extraordinairement supérieur à ce qu'il a été par le passé. Pensez-y, la société va décider, essentiellement, des médicaments auxquels l'ensemble des Québécois, dans les régimes collectifs, même, autant qu'individuels, vont avoir accès. C'est une responsabilité qui va être bien au-delà de la simple technique et qui va, à mon avis, requérir des choix sociaux. Et ça ne sera pas normal qu'un organisme administratif fasse ce genre de choix là, à notre avis.

Quelle devra être l'attitude du CCP devant ces choix-là? À notre avis, le CCP devrait avoir une attitude extrêmement large, extrêmement ouverte dans la constitution de la liste de médicaments, et particulièrement dans le nouvel environnement législatif qui nous est proposé. Pourquoi? Parce que, justement, je parlais de l'assurance-incendie tantôt, si on parle de l'assurance, on parle d'une mesure qui s'adresse d'abord et avant tout aux catastrophes. On pense que les Québécois ont besoin de se faire protéger bien davantage des choses qui arrivent rarement mais qui coûtent 5 000 \$, 10 000 \$, 15 000 \$, 20 000 \$ que des besoins de consommation courants qui coûtent 5 \$, 10 \$, 15 \$ par ordonnance. Je veux bien que ces choses-là soient nécessaires, mais on ne parle pas du même ordre de problème. On recommande, d'ailleurs, que le CCP ait dorénavant une attitude ouverte quant à l'inclusion des médicaments dans la liste.

Là-dessus, on n'est pas en mauvaise compagnie, puisque... Je pense notamment au mémoire de l'Ordre des pharmaciens, qui est passé devant cette commission en mars dernier, qui a traité du problème de l'utilisation de la liste de médicaments comme instrument de contrôle de coûts du régime, et la position de l'Ordre était à l'effet qu'il y avait bien d'autres outils qui pouvaient être utilisés pour contrôler les coûts du régime, qui étaient cent fois préférables à l'utilisation de la liste proprement dite et à l'exclusion de médicaments comme instrument de contrôle. D'ailleurs, l'Ordre repasse ici ce soir, je crois, vers 21 heures, et j'ai cru comprendre que, dans le mémoire qu'ils vont vous présenter, ils vont traiter non seulement de l'ouverture ou de la fermeture quant à la liste, mais ils vont aussi traiter spécifiquement du problème des médicaments coûteux et novateurs, donc du type du Betaseron. Et je crois comprendre qu'ils vont préconiser toujours une attitude ouverte face à ces médicaments-là. Je vous invite à leur poser des questions. Ce sont des gens qui, en cette matière, sont

au-dessus de tout soupçon et n'ont aucun intérêt à protéger.

Alors, je pense que ça fait le tour de ce qu'on voudrait voir comme attitude: d'une part, à très court terme, bien sûr, l'inclusion du Betaseron — on sait que c'est une question réglementaire et non législative — mais, à plus long terme, parce qu'on sait que le problème va se reproduire et de plus en plus souvent, on souhaiterait que le CCP soit très ouvert dans ses décisions face à ces médicaments-là et très transparent dans la façon qu'il aura de traiter les dossiers.

Je vous remercie de votre attention. Nous sommes maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Je voudrais simplement, au nom de la commission, répéter ce que je vous ai déjà dit, ce que j'ai dit à d'autres, mais je pense qu'on doit le répéter: vous remercier pour tout le bénévolat que vous faites et apprécier de façon particulière la présence de personnes atteintes. Vous êtes accompagné de personnes atteintes, vous-même vivez avec une personne atteinte. Et, en même temps, je remercie notre collègue à tous qui est une personne atteinte. Toutes ces personnes-là démontrent un courage tout à fait exceptionnel, et notre collègue, qui est député de Pointe-aux-Trembles, a accepté d'être ici avec nous, et c'est apprécié par tout le monde. Et, par la même occasion, je demanderais aux députés des deux côtés la permission de permettre et au député d'Argenteuil, qui n'est pas membre de la commission, et au député de Pointe-aux-Trembles, qui n'est pas membre de la commission, s'ils désirent poser des questions, qu'on puisse le leur permettre, même s'ils ne sont pas membres. Merci beaucoup.

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

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je vous remercie beaucoup, aussi, de votre contribution. Ce que vous nous dites là, essentiellement, c'est que, pour un régime de ce genre-là, c'est bon. Le problème est plus, vraiment, sur le Betaseron ou sur le type de situation. Comment on fabrique la liste ou quel médicament est admissible ou pas, c'est vraiment pointu là-dessus. Bon. Et ça, je suis assez au courant, évidemment, de la situation du Betaseron, comme du cas de certains autres médicaments qui sont dans le même type d'évaluation, où on a... peut-être que dire «un débat d'experts», ce serait un peu exagéré, mais on a clairement des opinions techniques qui ne sont pas, c'est le moins qu'on puisse dire, unanimes quant à la valeur, l'efficacité d'un médicament, reconnaissant qu'il peut être efficace, très efficace pour certaines personnes, moins pour d'autres dans certaines conditions, et, souvent, des conditions où ce n'est pas facile de savoir d'avance, si j'ai bien compris, par l'évaluation clinique, quelles sont les personnes qui peuvent vraiment bénéficier, d'autres qui vont moins bénéficier, ou quel est le contrôle des effets pervers

qu'on peut avoir. Je me rappelle, par exemple, du Pulmozyne. Pour la fibrose kystique, c'était une situation à peu près semblable, sauf, là, qu'on disait: C'est un médicament qui peut être très efficace pour un certain pourcentage de gens. Là, dans la littérature, on ne s'entendait pas; c'est 20 %, 25 %, 30 %, 40 % pour qui ça pouvait être efficace. Mais on le sait seulement à l'expérience, après coup.

Dans le cas du Betaseron, il y a des avis aussi différents. Moi, je n'ai pas les mêmes informations que vous, là. Ce qu'on sait, nous, c'est qu'il n'est pas couvert partout. On n'est pas le dernier pays au monde qui ne le couvre pas. D'après ce qu'on me dit, d'autres provinces canadiennes attendent encore des résultats d'une évaluation qui se poursuit. J'ai peut-être mal compris.

M. Larouche (Daniel): Juste un petit point. Je n'ai pas dit qu'on était le seul pays au monde à ne pas le couvrir, j'ai dit qu'on était, à ma connaissance, la première juridiction au monde à recommander formellement de ne pas le couvrir. D'autres pays sont en attente, d'autres juridictions sont en attente...

M. Rochon: Ah bien! là, là, là, écoutez...

M. Larouche (Daniel): ...mais ils n'ont pas recommandé de ne pas le couvrir.

M. Rochon: Oui, bien, on pourrait dire aussi que le Conseil consultatif de pharmacologie n'a pas recommandé de le couvrir.

M. Larouche (Daniel): En fait, il a recommandé de ne pas le couvrir.

M. Rochon: Il n'a pas recommandé...

M. Larouche (Daniel): C'est comme ça que ça s'est formulé.

M. Rochon: Oui, oui. Mais, là, là... Sur la base d'évaluations... Là, je pense qu'on est dans la sémantique. Vous me permettez, là, parce que, si, sur la base de l'évaluation clinique, ce après quoi attendent d'autres provinces qui n'ont pas pris de décision... mais ne pas prendre de décision de couvrir, ça équivaut à prendre une décision de ne pas couvrir. Autrement dit, ce qui est important en bout de ligne, là, c'est si c'est couvert ou pas. Et le Conseil consultatif de pharmacologie suit régulièrement l'évolution scientifique et refait des avis constamment.

● (17 h 40) ●

Ça a été le cas cette année encore dans le cas du 3TC pour le sida, où on avait recommandé, sur la base d'évaluations cliniques disponibles en janvier, que c'était discutable à savoir si, vraiment, c'était un médicament qu'il fallait nécessairement avoir en double, triple thérapie. Et, cinq, six mois après, parce qu'il y a eu un

congrès scientifique, il y a eu des nouvelles publications — ça avance au mois, presque, dans certains domaines — j'ai reçu un autre avis du comité, complémentaire, disant que, maintenant, les choses avaient changé, on avait ajusté. Je veux bien juste signaler que ce n'est pas parce que le comité a déjà recommandé et que le ministre a décidé de ne pas couvrir que c'est immuable et que c'est fini. On est dans le détail, là.

Maintenant, moi, ce que je voudrais vous poser comme question... C'est bien sûr qu'il faut se sortir d'une situation comme ça, et vous dites qu'il y aurait d'autres moyens que la liste. Ça, j'aimerais bien vous entendre là-dessus: quel autre moyen que d'avoir une liste de médicaments approuvés? Si on a une liste, ça veut dire qu'il y a des médicaments sur la liste puis il y en a qui n'y sont pas. Moi, ce que je connaissais d'avoir établi, d'avoir une liste, d'avoir un mécanisme comme le CCP, qui est une évaluation technique qui est faite tenant compte d'abord de la valeur thérapeutique, mais tenant compte aussi de la valeur qualité-prix du médicament... Si on n'avait pas eu ça, ça ferait longtemps qu'on aurait fait sauter tous les casinos du Québec avec le coût du médicament, parce qu'il n'y avait rien qui contrôlait les prix en termes de choix et de prix du médicament, d'un créneau dans lequel on pouvait se permettre de payer un médicament, qui permettait une certaine négociation avec l'industrie pharmaceutique. Bon.

S'il y a d'autres moyens qu'une liste dans un régime d'assurance, je suis bien intéressé à avoir vos suggestions là-dessus. Comment on gère et on s'assure que ce n'est pas tout, n'importe quel médicament, dans n'importe quelles conditions, qu'on va automatiquement payer si les gens décident de le prendre? Bon, ça, s'il n'y a pas d'autres mécanismes, une autre option possible... Si je suis votre raisonnement, ça pourrait être qu'on est très généreux pour prendre des médicaments aussitôt que c'est démontré que ça peut être efficace dans certaines conditions, qu'on fait l'évaluation moins serrée. Mais, là, est-ce qu'on n'aura pas la situation où on va s'orienter, comme l'Ontario fait, je pense, si je suis bien informé, vers un régime d'assurance qui va être plus le régime d'assurance-catastrophe? C'est-à-dire qu'au-delà d'un certain montant, 10 000 \$ par année que ça coûterait à quelqu'un, ou 5 000 \$, là, l'assurance va couvrir parce que ça devient trop élevé, mais jusqu'à un plafond très, très, très élevé, ce qui est le programme Trillium, en Ontario, je pense, qui a des conditions très, très, très précises pour que quelqu'un puisse être sur le programme, et c'est un programme de type catastrophe. Donc, ça, c'est une autre façon de rendre un programme plus généreux quant aux médicaments couverts, mais où le coût est contrôlé en en faisant un autre genre de couverture d'assurance, un autre type de programme d'assurance. Est-ce que c'est plutôt ça que vous aimeriez nous recommander?

Ou, troisièmement — puis je m'arrête là — est-ce qu'un régime comme celui qu'on propose, dans des situations où, présentement — et ça va probablement

évoluer assez rapidement, on va en connaître de plus en plus soit sur le betaseron, soit sur d'autres médicaments, peut-être, qui vont être... je ne sais pas s'il y en a d'autres qui sont en préparation dans ce domaine-là qui peuvent nous arriver bientôt — où, à un moment donné, on aura un médicament, sur une base d'évaluation technique, clairement avantageux, et là qui va être couvert par le programme, est-ce que, avec un régime comme ça, on ne serait pas en meilleure position, le CCP travaillant avec les experts du milieu... Je pense que le CCP garde des liens, et on pourra intensifier sa façon de travailler avec des experts dans des domaines plus pointus, parce que tout le monde ne peut pas tout connaître, sur un comité comme ça. Mais être en position pour que, quand un médicament comme ça survient, on ait une démonstration qu'il y a une certaine efficacité du médicament, mais il y a encore certaines questions qui sont soulevées par les experts, qui n'ont pas tous nécessairement le même avis, qu'on puisse permettre de couvrir un médicament comme ça avec un partenariat où on couvre, mais dans un protocole d'observation clinique à moyen et long terme où on apprend de mieux en mieux dans quelles conditions le médicament est efficace, pour qui il est efficace et où les connaissances continuent à se développer.

Autrement dit, que l'industrie pharmaceutique, ayant complété sa phase de recherche clinique qui l'amène à avoir une reconnaissance du médicament, s'implique avec un régime comme ça pour peut-être faire sa part un peu plus grande, et que chacun contribue un peu et qu'on puisse être plus généreux pour prendre un médicament sur la liste, mais en continuant l'observation clinique s'il y a vraiment des experts qui discutent encore, et que, là, plus rapidement, on connaisse mieux dans quelles conditions le médicament est utile à quels genres de personnes, ou conclure rapidement que les effets secondaires, effectivement, sont trop importants, ou qu'on peut comparer avec d'autres médicaments qui interviennent et qu'on peut ajuster.

Moi, il me semble qu'on a un bris, là, on a une situation du tout ou rien. Le médicament est en expérimentation, il est donné à tout le monde qui participe. Et, souvent, dans des cas comme ça, les personnes n'étant pas très, très, très nombreuses, il y a une bonne majorité de gens qui ont le problème, qui sont sur des protocoles, comme on dit, et qui ont le médicament pour rien. À un moment donné, le médicament franchit une certaine étape où il peut être mis sur le marché, et, en l'espace de quelques mois, tout d'un coup, il n'y a plus de couverture. Et là, si les experts ne s'entendent pas de façon assez importante, bien, là, on a la situation. Combien de médicaments comme ça on prend, à quel coût et comment on contrôle le système? Donc, il y a trois choses possibles.

Autres mécanismes que la liste, qu'est-ce que ça peut être, si j'ai bien compris à quoi vous... Vous avez lancé une idée qui peut être intéressante. Sinon, est-ce que vous dites qu'on devrait plutôt s'orienter sur un régime catastrophe et couvrir plus largement, mais à un

taux plus élevé, ou est-ce qu'une autre option, comme celle de prévoir, pour des médicaments qui sont encore en discussion sur le plan scientifique et sur le plan technique... qu'on puisse avoir une façon de gérer ça autrement?

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

M. Larouche (Daniel): O.K. Bon. Je vais passer rapidement. C'est simplement une précision sur le premier. Je n'ai pas voulu laisser entendre qu'on pouvait se débarrasser de la liste, là. Ce que j'ai voulu dire, c'est que la liste ne devait pas nécessairement être perçue comme un instrument de contrôle des coûts. D'autres instruments de contrôle des coûts, je pense à la franchise, à la coassurance, au plafond, on peut tous jouer avec ça pour ajuster les coûts aux moyens qu'on a. Ce sont des paramètres, justement, purement économiques, et on peut jouer avec ça.

Je trouve ça inadmissible — je pense que c'est ça, le mot — qu'on exclue carrément des médicaments qui n'ont aucun substitut thérapeutique et dont l'impact est sans précédent pour des motifs de coûts. Donc, le point que je veux faire, c'est que, si on aborde cette voie-là, du point de vue de la Société de la sclérose en plaques, c'est préférable d'accroître la franchise. S'il s'agit de gérer une masse monétaire fixe, c'est préférable d'accroître la franchise et d'être plus généreux dans la liste. C'est, dans notre esprit, davantage une mesure d'assurance, donc, pour prévoir et pour pouvoir inclure les situations catastrophiques. Mais, bon...

Le point deux: le programme Trillium. Bon. D'avoir un programme catastrophe en parallèle, vous avez dit 5 000 \$ à 10 000 \$... Ce que je sais, c'est qu'en Ontario, par exemple, ça varie selon le revenu, mais je sais que des personnes ont des déductibles de 1 200 \$, 1 200 \$ à 1 400 \$ par année, et que la totalité, c'est 4,5 % du revenu net. Et, donc, la totalité de ce qui suit est prise en charge par l'État. Bon. C'est peut-être une voie à explorer, encore que je ne voudrais pas m'aventurer sur les problèmes administratifs que ça soulève.

La troisième voie, et je pense que je laisserai le Dr Bouchard vous en parler davantage parce que c'est vraiment à caractère plus médical et scientifique, mais elle nous apparaît tout à fait acceptable aussi. On n'a rien contre l'approbation préalable, contre le monitoring, contre la désapprobation si on constate que... On sait bien que ce n'est pas du bonbon, et particulièrement pas à ce prix-là, et on ne veut pas le traiter comme du bonbon. On veut le traiter comme un médicament qui peut, chez plusieurs personnes, avoir un impact extrêmement favorable. Et on sait bien que ça coûte très cher et on veut le traiter avec, j'allais dire, le respect que ça commande. Le Dr Bouchard pourrait peut-être compléter.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dr Bouchard.

M. Bouchard (Jean-Pierre): Merci, M. le Président. Bon. En fait, seulement pour souligner ici l'importance de cette médication, le bêta interféron, dans la sclérose en plaques, c'est qu'avant avril 1993 il n'y avait aucun médicament qui était disponible pour les gens qui souffrent de cette maladie. Et, à partir, donc, d'avril 1993, on a vu apparaître les premiers résultats d'une étude qui durait déjà depuis cinq ans et qui nous a démontré des choses importantes concernant l'effet du médicament.

Très simplement, on vous l'a dit tout à l'heure, ce médicament réduit le nombre des poussées de la sclérose en plaques, de façon statistique, d'environ un tiers, le nombre des poussées importantes qui demandent un traitement, une hospitalisation ou un arrêt de travail — donc une poussée importante, c'est ça — de 50 % et une réduction encore plus impressionnante, d'environ 75 %, du nombre et du volume des plaques à la résonance magnétique.

● (17 h 50) ●

Tout ceci pour vous dire, c'est bien technique, mais qu'est-ce que ça peut nous donner à long terme? Alors, à long terme, ceci est un gage que nous avons un médicament qui va agir sur l'évolution de la maladie, puisque, déjà, des études faites en Amérique du Nord et publiées en 1989, par exemple, dans la revue *Brain* ont montré que deux des facteurs les plus importants pour juger de la sévérité de la sclérose en plaques, c'étaient vraiment la fréquence des poussées et le temps qui existe entre les poussées. Alors, si vous pouvez voir que, dans les deux années, par exemple, qui viennent de se passer, quelqu'un a eu des poussées trois fois par année, disons, et que ces poussées-là ont été rapprochées à quatre ou six mois, ce sont des mauvais pronostics au point de vue clinique. Or, si on a un médicament qui réduit de 50 % la fréquence de ces poussées-là et leur importance, on voit bien qu'à long terme nous aurons un effet important sur le fonctionnement des gens et sur leur incapacité à long terme. C'est le point que je voulais vous souligner, et ça me fera plaisir de répondre à des questions plus techniques, s'il y en a.

Le point dont on vient tout juste de parler, dont M. Larouche a dit que je dirais un mot. Oui, il existe au Québec beaucoup de cas de sclérose en plaques, 5 000 ou 6 000; non, toutes ces personnes-là ne sont pas éligibles à ce médicament-là, puisqu'il y a des formes bénignes, un certain nombre de formes bénignes et un certain nombre de formes progressives dont les études n'ont pas encore démontré le bénéfice de la médication, dans ces cas-là. Cependant, on évalue probablement à un tiers ou une demie les gens qui pourraient être évalués en fonction du traitement. Les gens qui ont une maladie active à forme poussée et rémission seraient donc des gens qui sont encore des gens capables d'agir au point de vue de la société, donc qui n'ont pas un déficit trop marqué; ces gens-là, selon les critères de l'American Academy of Neurology ou les critères de la Société canadienne de neurologie, seraient ceux qui pourraient bénéficier du médicament.

Il existe au Québec des cliniques de sclérose en plaques qui sont bien structurées et qui couvrent une bonne partie du territoire, et qui pourraient encore être plus efficaces pour l'évaluation des gens qui ont la maladie et la vérification, si on veut, des critères qui font que le médicament doit être prescrit ou que le médicament doit être continué. Car il faut dire aussi que, dans les critères américains, on retrouve des critères pour la cessation du médicament, des critères qui démontrent une diminution ou un manque d'effet véritable.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup. Le député de Robert-Baldwin va poser ses questions tout de suite, et j'ai trois autres députés que je voudrais absolument passer avant notre conclusion, la députée de Sherbrooke, le député d'Argenteuil et le député de Pointe-aux-Trembles. Alors, j'apprécierais, messieurs, si c'est possible, qu'on raccourcisse les réponses.

M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. M. le Président, j'aurais trois questions, mais toujours avec le dénominateur commun du Betaseron, où c'est un exemple qui est très important pour l'ensemble du dossier de l'assurance-médicaments. J'adresserais ma première question à ceux qui peuvent nous donner des témoignages. Je voulais savoir comment vous avez vécu avant d'utiliser le Betaseron et comment est la qualité de vie maintenant, après l'avoir utilisé. Alors, j'adresse ma question soit à Mme Pépin ou à Mme Francoeur.

M. Larouche (Daniel): Mme Pépin est celle qui le prend depuis le plus longtemps.

Mme Pépin (Johanne): Bonjour. Avant l'interféron bêta, le Betaseron, ça allait plutôt mal, j'avais de la difficulté à marcher, je rentrais dans les murs, je déboulais les marches du métro. J'ai commencé le projet de recherche Betaseron, puis là j'ai recommencé à fonctionner un peu comme tout le monde, puis là, maintenant, c'est le bonheur total, même que j'ai joué au mini-putt; c'est niaseux à dire, mais j'ai joué au mini-putt. J'ai recommencé un peu à conduire l'auto. Je marche. En tout cas, quand je pars, sortie loin de chez moi, je ne prends pas ma canne, je n'utilise plus ma canne. Ça fait que, pour moi, la vie est encore mieux qu'elle était quand je ne prenais pas le Betaseron.

M. Larouche (Daniel): Veux-tu dire ce qui est arrivé quand tu as arrêté de prendre le Betaseron?

Mme Pépin (Johanne): Oui. Bien, c'est ça, quand j'ai arrêté le Betaseron, je me suis ramassée en fauteuil roulant, je n'étais plus capable de me tenir sur mes jambes puis j'ai dû utiliser pendant un an le fauteuil roulant. Ça a été un cauchemar pour moi, moi qui étais très sportive, puis là je me retrouvais à dépendre des autres pour aller faire mon épicerie. Ou, pour aller tout

simplement manger un cornet, ce qu'il y a de plus banal l'été, il fallait que j'attende que quelqu'un vienne chez moi pour m'aider parce que je ne pouvais plus.

Avant que je tombe en fauteuil roulant, je prenais le Betaseron, ça allait super bien, ça allait trop bien. Je me suis dit: C'est peut-être mon corps qui change, je suis peut-être guérie, peut-être que... je vais arrêter de me piquer à tous les deux jours, parce que, là, à l'âge que j'avais quand je prenais le Betaseron, j'étais encore toute jeune... puis je le suis encore. Puis j'ai dit: Je vais arrêter le Betaseron puis je vais faire une vie normale, parce que je suis sûre que c'est mon corps qui change. Mais, malheureusement, ce n'était pas mon corps, je l'ai su trois mois après avoir arrêté le Betaseron, c'est là que je me suis ramassée en fauteuil roulant, puis j'ai été un an confinée en fauteuil roulant.

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

Mme Francoeur (Renée): Bon, moi, j'ai 52 ans. J'ai été diagnostiquée le 1er septembre dernier. J'avais probablement la sclérose en plaques depuis une dizaine d'années, avec des poussées et rémissions que je n'identifiais pas comme ça, que j'identifiais comme des séquelles d'un accident précédent, un accident de la route. Bien sûr, c'est un choc quand tu es soudainement avisée que tu as la sclérose en plaques, et tout ce que ça veut dire comme épée de Damoclès. Et, moi, je suis directrice d'une fondation, j'ai beaucoup de travail et j'ai l'intention de rester autonome et productive. Et, pour ça, je veux prendre tous les moyens. Donc, depuis trois mois, je suis au Betaseron, parce que la clinique de sclérose en plaques du centre François-Charon a décidé que j'étais une personne type pour recevoir ce médicament.

L'été dernier, j'ai passé un très mauvais été, avant d'être diagnostiquée, parce que je me sentais très mal, je ne savais pas pourquoi. Je n'étais plus capable de jouer au golf. Je suis une grande sportive, j'ai beaucoup voyagé en vélo, j'ai fait beaucoup de pays en vélo en traînant mes bagages, alors, vous comprenez que, l'été dernier, je me suis retrouvée complètement aplatie. Là, je peux vous dire que je suis allée faire du vélo de montagne la semaine dernière au parc Acadia. Si vous connaissez, c'est un très bel endroit au Mount Desert island, aux États-Unis. J'ai joué au golf deux fois la semaine dernière, bien sûr avec un kart électrique, et je recommencerai à travailler le 12 août, parce que je suis en congé sabbatique à traitement différé en ce moment. Ça tombait bien et mal à la fois, parce que je n'ai pas pu l'utiliser comme j'ai pu, mais j'ai pu aussi aller faire quelques voyages à New York, à Boston et en Espagne dans les derniers trois mois, et j'ai l'impression que le Betaseron m'a redonné l'énergie que je n'avais pas et a permis peut-être de diminuer les poussées, les crises. C'est tout ce que je peux vous dire, parce que ça fait seulement trois mois que je l'utilise. J'ai quelques effets secondaires tannants, effet grippal, et tout ça, mais qui

durent quatre, cinq heures, et, bon, je me retrouse les manches et ce n'est pas pire que toute personne qui a des maux de tête ou...

Bon, alors, pour moi, c'est l'espoir de devenir autonome, de rester autonome et productive et de continuer à faire la job où je travaillais 70 heures semaine. Alors, si jamais, par un effet «rebound» de ne pas accepter le Betaseron ou de ne pas trouver des moyens de financer le Betaseron d'une manière ou d'une autre, ou une partie... d'une manière ou d'une autre, s'il y a un effet «rebound» et que les compagnies d'assurances décident de ne plus couvrir ce médicament-là, vous m'enlevez tout espoir.

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

M. Marsan: Je vous remercie vraiment pour ces témoignages, je pense qu'ils sont extrêmement importants pour les députés. Nous les recevons, je pense que le ministre aussi.

Ma prochaine question s'adresserait peut-être à vous, M. Larouche, c'est l'arrimage de la fameuse liste. Et vous avez souligné le point extrêmement pertinent, et, dans les notes explicatives du projet de loi, c'est clairement indiqué: «Cette liste servira dorénavant de référence tant pour la couverture de la Régie que celle du secteur privé.» Ça, ça veut dire qu'il y a des médicaments, comme le Betaseron, qui actuellement peuvent être assurés par des régimes privés, qui ne le seront plus, qui ne seront plus disponibles pour des patients qui ont des maladies graves. Je pense qu'il y a une difficulté extrêmement sérieuse à ça. À ça, on peut ajouter également le fameux critère coût. Parce qu'il coûte cher, bien, le CCP, peut-être qu'il ne le prend pas aussi. Est-ce que c'est vrai? Est-ce que ce n'est pas vrai? Est-ce qu'on ne devrait pas inclure dans la loi une espèce de critère qui empêcherait qu'on tienne compte du prix lorsque vient le temps de recevoir des expertises scientifiques? J'aimerais vous entendre là-dessus, s'il vous plaît.

● (18 heures) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant que vous répondiez, j'aimerais avoir le consentement des deux côtés pour dépasser 18 heures. Consentement? Consentement. Allez-y.

M. Larouche (Daniel): Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pour la réponse, consentement.

M. Larouche (Daniel): Bien, d'abord, la loi ne permet déjà pas que le prix soit un facteur, c'est-à-dire que le coût-bénéfice soit un facteur. La loi stipule que les deux critères d'inclusion dans la liste sont la valeur thérapeutique et la justesse du prix. Bon. La justesse du prix, ça ne veut pas nécessairement dire justesse du prix en regard de la valeur thérapeutique. Ce n'est pas ce que la loi voulait dire en 1971 et, à ce que je sache, ce n'est

pas ce qu'elle veut dire maintenant. Donc, à l'heure actuelle, la loi ne le permet pas, ce qui, d'ailleurs, explique sans doute que le CCP, pour exclure le médicament, ait dû formuler son refus en ayant recours à l'impact thérapeutique, parce que le prix n'est pas un motif d'exclusion en vertu de la loi. Donc, si le CCP veut exclure un médicament, il doit invoquer une quelconque raison pharmacologique. Ce qu'il fit. Donc, c'est déjà ça, la loi.

Qu'est-ce qu'on peut faire pour ça? Est-ce qu'on devrait... Je n'ai pas de solution, je n'ai pas de lapin à sortir de mon chapeau. Je pense que, si le CCP doit faire de la pharmacoeconomie, ça devrait être explicite dans la loi. Ça ne l'est pas et ce n'est pas dans le projet n° 33. Donc, son mandat devrait l'être de façon très explicite. Et les critères, le type de pharmacoeconomie qui sera utilisé devrait, lui, être extrêmement bien défini. Vous comprendrez qu'on peut faire de la pharmacoeconomie en étant très technique, de dire: Tel médicament va sauver x journées d'hospitalisation, ou des choses comme ça. On peut être beaucoup plus large, aussi, dans la mesure des bénéfices. Nous, ce qu'on préconise, c'est que, si on fait de la pharmacoeconomie au CCP, on devrait le faire de façon extrêmement ouverte et extrêmement large pour tenir dans les bénéfices des notions comme le bien-être, le confort et tout ce que les médicaments font pour les gens, pas simplement des notions strictement économiques.

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

M. Marsan: La semaine dernière, lorsque nous avons reçu l'association des personnes atteintes de fibrose kystique, le ministre a mentionné qu'il faudrait peut-être aborder les personnes atteintes de différentes maladies graves avec une notion de groupe fermé. Je pense que ça peut susciter certains espoirs, en tout cas, cette notion. Si on voulait aller plus loin — et j'espère que, tantôt, il pourra en parler aussi à votre association — est-ce qu'on pourrait aussi indiquer dans la loi que le Conseil consultatif de pharmacologie doit — au lieu de peut — consulter un comité de professionnels de votre association?

M. Larouche (Daniel): Ce serait accueilli chez nous très favorablement. Comme je vous dis, il n'y a pas que le problème du Betaseron, il y a tous ceux qui s'en viennent. Et c'est la même chose dans d'autres associations de malades, j'en suis convaincu. Donc, ce serait, à mon avis, une excellente modification.

M. Marsan: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Malavoy: Merci, M. le Président. Bonjour. Je voudrais vous poser une question rapide qui tient aux

dernières phrases de votre mémoire. Parce que, comme c'est un secteur que je ne connais pas beaucoup, j'aimerais comprendre ce que vous dites quand vous dites: Au lieu d'exclure des médicaments coûteux, on devrait les inclure, et on devrait les inclure assortis de mécanismes particuliers comme, par exemple, les considérer comme des médicaments d'exception. J'aimerais que vous m'expliquiez ce que ça veut dire, et si, à part le Betaseron, il y a beaucoup de médicaments qui pourraient être de cette nature-là.

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire que la notion de médicament d'exception existe déjà. Il y a déjà des médicaments pour lesquels une approbation préalable est requise avant que la Régie ne les rembourse. Donc, ils sont dans la liste, ils sont accessibles à des personnes éligibles — si c'était le régime général, on parlerait de personnes assurées — mais ça serait sujet, donc, à des mesures d'approbation préalables. Ils seraient donc remboursés de façon exceptionnelle. Bon. «Exceptionnelle», ça peut être plus étroit ou plus large, mais le payeur, si vous voulez, se garde une prérogative de contrôle au cas par cas.

On n'a pas d'objection à ce que ce soit une approche comme ça. Ça ressemble un peu à la troisième option qu'évoquait tantôt M. le ministre. Ça se rapproche un peu dans son esprit, c'est-à-dire qu'il y a un monitoring et il y a une évaluation de l'impact de la médication sur chacun des patients au fur et à mesure que le traitement est administré.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député d'Argenteuil. Est-ce que ça répond, Mme la députée? M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. J'ai deux questions que je vais formuler en même temps et vous pourrez y répondre, si vous le pouvez. Je pense que vous allez sûrement pouvoir répondre à une, en tout cas, facilement.

Le Conseil, le CCP, en fait, c'est un conseil consultatif, ce n'est pas un conseil décisionnel. Les décisions quant à la liste relèvent ou du ministère ou du ministre. Si je vous entends bien, comme vous voyez des restrictions à ce que le CCP se prononce sur les médicaments à inclure dans la liste, à cause du lien avec le ministère ou le ministre et, aussi, à cause de l'intérêt au coût des médicaments auxquels ils peuvent s'adresser, je suis sûr que vous avez réfléchi à un mécanisme peut-être différent qui pourrait être une source d'information au ministère pour leur donner la liste. Est-ce que vous avez une suggestion à nous faire quant à un mécanisme qui pourrait être peut-être plus neutre? Si je comprends bien, vous trouvez que le CCP, ce n'est pas l'organisme souhaitable ou idéal, en tout cas, dans la condition actuelle. Est-ce que vous avez réfléchi là-dessus, pour un?

Et, deuxièmement, vous avez mentionné tantôt que vous étiez favorable à une franchise plus élevée et que, actuellement, c'est une assurance pour la fumée et

non pas pour le feu. Souhaiteriez-vous avoir plutôt une assurance pour le feu et non pour la fumée?

M. Larouche (Daniel): Je vais répondre tout de suite à votre deuxième question. Si on a le choix, je préfère le feu. Si le choix se pose de cette façon-là, en ces termes-là, je préfère qu'on s'assure contre le feu. La fumée, écoutez...

M. Beaudet: C'est excessivement dispendieux. Puis oublier les autres?

M. Larouche (Daniel): Bien, en tout cas, par le biais de la franchise, on oublierait ou on ferait le deuil, si vous voulez, de l'assurance pour... appelons ça la consommation de base ou la consommation courante, et puis on concentrerait les ressources limitées, les ressources rares vers les gens qui sont aux prises avec des situations catastrophiques. Le principe de l'assurance, c'est ça.

M. Beaudet: Alors, vous oublieriez l'aspirine pour l'interféron.

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire que l'aspirine serait dans la liste, entendons-nous bien, mais les gens la paieraient. Bon, à moins de prendre des quantités astronomiques d'aspirine. Si le problème se pose en ces termes, si on a un choix à faire, nous, on le ferait dans ces termes-là.

Votre première question, c'était un mécanisme. Bon, écoutez, spontanément, je vais vous répondre que les assureurs privés, règle générale, n'ont pas de liste à l'heure actuelle. Dès qu'un médicament a son approbation par Ottawa pour être commercialisé, dans leur livre à eux, ça veut dire que ce médicament-là est efficace et, donc, à l'efficacité thérapeutique. Alors, s'ils ont ça et qu'ils ont une ordonnance de médecin, dans leur esprit, ça suffit. Mais, ma foi, les assureurs sont encore en affaires, ils ne semblent pas avoir perdu le contrôle sur la consommation.

Cela dit, je me rends bien compte que mon approche est assez peu sociale-bureaucrate, et j'imagine qu'une approche aussi libérale que ça, pas au sens partisan mais au sens libertaire...

M. Beaudet: ...aussi!

M. Larouche (Daniel): Non. Mais, moi, je ne veux pas me mettre dans le trouble. Avec une approche aussi ouverte que ça, ça ne fera pas nécessairement l'affaire des autorités. À ce moment-là, j'en reviens, moi... M. le député Marsan, tantôt, avait soulevé le «doit consulter» plutôt que le «peut consulter». Je pense que, déjà, on ferait un progrès immense. S'il faut absolument une liste, tout simplement, moi, je suggère une attitude qui soit ouverte, donc que le fardeau de la preuve ne soit pas nécessairement du côté du médicament, donc que le fabricant n'ait pas la preuve à faire

qu'il doit être inclus, mais que le CCP doive plutôt faire la preuve qu'il ne doit pas l'être.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, monsieur. M. le député de Pointe-aux-Trembles.

M. Bourdon: Je voudrais fonctionner plutôt sous forme de témoignage. D'abord, je veux dire que c'est toujours émouvant de rencontrer des personnes qui ont la même maladie. Moi, ce qui me frappe, c'est l'élément du coût, parce que le coût, on agit dessus par les lois du marché. Une petite histoire. Il y a une firme suisse qui a développé un médicament comparable par une autre recherche. Cette firme-là a demandé à Ottawa d'autoriser son médicament, et là Berlex a demandé d'autoriser l'interféron bêta. Depuis, la firme suisse et Berlex ont le même prix de gros du médicament: 1 410 \$ par mois. Et j'imagine qu'elles ont peut-être le téléphone. Aux États-Unis, au début, quand on vendait l'interféron bêta, ou Betaseron, si on veut, entre personnes capables de payer le prix exorbitant pour le médicament, dans certains États américains, on a procédé par tirage au sort, ce qui fait injure à mon sens de la justice. Au Québec, il y a 6 000 personnes, vous l'avez dit, qui ont la sclérose en plaques et, de ce nombre, il y en a à peu près 400 qui le prennent.

● (18 h 10) ●

Dans l'automobile — je vais prendre un exemple bien frappant — Henry Ford disait qu'il payait convenablement ses employés pour qu'ils puissent acheter des Ford. L'histoire nous dit que Henry Ford n'était pas un communiste, c'est le moins qu'on puisse dire. Donc, il faut agir sur les coûts. Je pense qu'à cet égard-là le mouvement de concentration des compagnies pharmaceutiques qui font des médicaments génériques avec celles qui font des médicaments brevetés ouvre tout un domaine à l'action de l'État, parce qu'on consomme au Québec, bon an, mal an, deux milliards quelques cents millions en médicaments. Ça veut dire qu'on pourrait agir sur les coûts. D'après mon neurologue, ça coûte à peu près le prix de fabriquer du Coca-Cola, de faire le médicament. Il est normal de rémunérer la recherche qui a conduit à l'établissement de ce médicament, mais, moi, je pense qu'il y a quelque chose de féodal de dire qu'une entreprise comme Berlex, pour ne pas la nommer, là, faisait tirer le médicament aux États-Unis entre personnes capables de l'acheter et a attendu qu'un concurrent suisse demande l'autorisation à Ottawa de distribuer le médicament au Canada pour le rendre disponible. Je trouve que ça n'a pas de bon sens.

Et, ceci dit, on est en économie libérale, je suis parfaitement d'accord. Mais, moi, je fais un calcul mental rapide: 400 personnes à 1 500 \$ par mois — parce que, moi, j'ai négocié avec plusieurs pharmaciens, puis j'ai obtenu 1 558 \$, le meilleur prix — bien, ça représente à peu près 600 000 \$, et 2 000 personnes, mettons, ça représenterait des ventes autrement plus intéressantes. Autrement dit, il y a du malthusianisme dans les compagnies pharmaceutiques.

Et je termine avec ça. Moi, je me dis: Le médicament, c'est de le rendre disponible au plus grand nombre, de payer pour la recherche qui a été faite pour trouver ce médicament qui est un espoir. Comme usager, je peux dire que mon rythme d'attaque était d'une fois par année, là il est passé à une fois par deux ans et demi, et c'est évident que le médicament est efficace. Je ne dis pas que la recherche est achevée. L'institut Armand-Frappier a une piste intéressante: ce serait le rhume qui donnerait la sclérose en plaques. Je ne dis pas ça pour effrayer toutes les personnes qui ont envie d'un rhume.

Je ne peux accepter l'idée qu'un médicament, quel qu'il soit, se vende 18 000 \$ par année. Il m'est remboursé par l'assurance-groupe des députés de l'Assemblée nationale. On a une assurance-groupe comme n'importe qui qui a en a une. Je reviens à mon chiffre, et je termine avec ça — je peux en parler longtemps, parce que c'est un sujet qui me tient à cœur — 400 personnes à 1 500 \$ par mois, ça fait moins de ventes que, mettons, 2 000 personnes à 300 \$, 400 \$ ou 500 \$ par mois. Et, à cet égard-là, je pense que... Et c'est pour tous les médicaments, pour toutes les sortes de maladies qu'il faut négocier. Parce qu'un régime d'assurance-médicaments, ça veut dire que n'importe qui qui a une maladie grave, on parle d'une catastrophe, on ne parle pas des Valium, des Librium, soit dit sans disconvenir que, pour certaines personnes, ça peut être indiqué à l'occasion, mais il faut agir sur les coûts, parce que, moi, je culpabilise facilement. Être dans les 400 sur les 6 000 qui ont droit au médicament parce qu'ils sont assurés, ça me pose un problème de conscience.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. Vous avez bien spécifié que c'était un témoignage. Alors, je permettrai immédiatement au député de Robert-Baldwin et au ministre de conclure. Deux minutes chacun.

M. Marsan: Oui, merci, M. le Président. Merci à notre collègue Michel, le député de Pointe-aux-Trembles, et merci bien sincèrement à vous de l'association de la sclérose en plaques pour les témoignages qui nous ont été rendus plus tôt, particulièrement, là, sur la vie avant et après avec le médicament Betaseron.

Je voudrais simplement vous dire que nous retons votre mémoire. Nous sommes supposés étudier article par article le projet de loi. Sûrement qu'on l'aura tout près de nous lorsqu'on va prendre les articles, particulièrement ceux qui touchent au CCP, entre autres le droit de consulter et que le critère coût ne soit pas retenu.

Alors, je voudrais aussi — j'espère que le ministre pourra peut-être le faire dans sa conclusion — rappeler que, lors de la présentation de l'Association québécoise de la fibrose kystique, eh bien, on avait parlé de notion de groupes fermés. Alors, sur ce point, je vous remercie encore une fois bien sincèrement.

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

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je voudrais apporter deux précisions et une brève conclusion. La première précision. C'est vrai que les assureurs privés, présentement, vont effectivement prendre plus facilement, vont accepter sur leurs listes, vont payer pour à peu près n'importe quel médicament une fois qu'il est reconnu, qu'il a son brevet ou qu'il est commercialisé légalement. Mais il ne faut pas oublier que ce qu'on veut changer comme système, c'est que les assureurs privés — ça aussi, c'est bien connu — font de la sélection de risques et ne vont pas assurer quelqu'un qui a déjà une maladie importante ou ne vont pas assurer quelqu'un qui a un certain âge ou, s'ils les assurent, ça peut être que la prime va augmenter en conséquence. Bon. Ça se comprend. Ils ne sont pas là pour perdre de l'argent et ils n'ont pas les moyens, seuls, de mutualiser un risque au point qu'on absorbe globalement les coûts. C'est ce qu'un régime comme ça veut changer, c'est qu'on puisse vraiment offrir à tout le monde sans aucune exclusion, ni pour raison de santé ni pour raison d'âge, et là il faut que le régime devienne général. Il faut qu'on puisse, sur une base collective, absorber les coûts les plus durs.

Deuxième chose. Vous me permettez, là, de reparer du CCP, parce que, moi, je pense qu'on peut tout améliorer et que tout est critiquable et améliorable. Maintenant, le CCP, là, ce n'est pas un organisme qui aide le ministre à avoir des raisons pour dire non à quelque chose. C'est un groupe de gens qui ont des compétences techniques très importantes — je pense que vous les connaissez — et qui font un travail très sérieux. Moi, depuis que je suis là, ils n'ont jamais fait un geste pour m'aider à sauver de l'argent en traficotant ou en étirant ou en interprétant avec force, un peu, l'évidence scientifique, au contraire. Mais, par contre, je pense qu'on ne peut pas ne pas tenir compte, dans une évaluation comme ça, du rapport qualité-prix, c'est-à-dire que le prix juste et raisonnable est un élément important aussi, mais, comme le rappelait mon collègue d'Argenteuil, la décision finale, c'est le ministre qui doit la prendre. Alors, s'il y a d'autres considérations que l'élément scientifique, technique qui doivent être prises en compte, c'est au ministre d'en assumer la responsabilité. Alors, je voulais rappeler ça parce qu'il y a là un travail de grande valeur qui se fait, et on n'en serait pas où on est, être capable de parler d'un régime comme on le fait là, s'il n'y avait pas eu, entre autres, cette expérience collective qu'on a développée depuis plusieurs années avec le CCP.

● (18 h 20) ●

En terminant, je veux bien vous dire que je comprends très bien l'effet pervers, entre autres, que vous craignez: que, si le régime se met en place, si le médicament comme le Betaseron n'est pas là-dessus, ça peut donner une raison, un autre critère de référence qui

ferait que plus personne ne voudrait peut-être le couvrir. Ça, je suis très conscient de ça. Mais, moi, je suis convaincu que, dans un régime comme ça, comme ça a été notre expérience, il y a beaucoup de mutatis mutandis qu'il faut faire, là. Les choses sont différentes, mais un peu semblablement à ce qu'a été notre expérience quand on s'est donné une assurance-hospitalisation puis une assurance-santé, ça a été des moyens où, collectivement, on absorbait un coût. On a pu rendre quelque chose disponible à tout le monde indépendamment de leur capacité de payer. Et ça a été des outils pour contrôler la croissance des coûts, ça

Et le genre de suggestion, là — on joue avec des idées, là — de pouvoir, pour des groupes de patients qui sont assez limités, qu'on connaît bien, voir comment on peut avoir une gestion du coût pour rendre vraiment le médicament disponible soit par une évaluation clinique à long terme, soit en travaillant vraiment avec un groupe et en collaboration avec les associations qui permettent d'aider la gestion dans ce domaine-là, moi, ce que j'entends de l'industrie pharmaceutique, c'est qu'il y aurait des possibilités de collaboration qui ne se feront pas si on n'a pas un système, un régime qui contrôle la gestion de l'ensemble du médicament, parce que, autrement, il n'y a pas moyen de savoir dans quoi on s'embarque.

Alors, ça m'apparaît donc comme une étape importante pour qu'on garantisse l'accès et qu'on se donne des moyens différents et réels de contrôler le coût. Parce que, effectivement, pour 3 000 personnes, 17 000 \$ par année, c'est 50 000 000 \$; 10 médicaments comme ça, on est rendu à 500 000 000 \$. Ça ne peut pas juste aller comme ça, et, comme il va y avoir de plus en plus de médicaments de cette catégorie-là, il faut qu'on ait une autre approche pour ça. Bien, soyez assurés qu'on va travailler dans le sens que ça soit, pour vous autres comme pour tout le monde pris à vivre avec un problème important comme ça, un élément de solution et non pas un élément de problème additionnel.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Je rappelle à mes collègues que, ce soir, nous recevons quatre groupes. On termine à minuit, alors j'apprécierais qu'on puisse commencer à 20 heures. Je suspends les travaux jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 18 h 21)

(Reprise à 20 h 7)

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

Je souhaite la bienvenue aux représentants du Conseil du patronat. Je vous rappelle que vous avez 20 minutes de remarques préliminaires, et j'apprécierais que vous nous présentiez, M. le président, les personnes qui vous accompagnent, avec leur titre.

Conseil du patronat du Québec (CPQ)

M. Garon (Jacques): Merci, M. le Président. Alors, je suis Jacques Garon, directeur de la recherche au Conseil du patronat du Québec. À ma droite, Mme Christiane Bourassa, actuaire chez Towers, Perrin; à ma gauche, M. Francis Lafrance, conseiller principal aux avantages sociaux chez Watson Wyatt Worldwide; et, à mon extrême gauche, Mme Céline Dupont, pharmacienne-conseil.

M. le Président, le Conseil du patronat remercie la commission des affaires sociales de lui donner l'occasion d'exprimer son point de vue sur le projet de loi n° 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives.

Le CPQ avait accueilli favorablement l'objectif de base du projet d'assurance-médicaments proposé par le Comité d'experts présidé par M. Claude Gastonguay et que rendait public, le 16 avril dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon, puisque la qualité des soins et l'intérêt des patients étaient au cœur des recommandations présentées.

Cependant, si la structure du régime proposée par le projet de loi s'apparente à celle proposée par le rapport Gastonguay, certaines recommandations du rapport sont complètement écartées, alors que d'autres sont bonifiées mais rendront le régime plus onéreux pour l'ensemble des citoyens et des employeurs.

De façon générale, il est pratiquement impossible d'évaluer l'incidence financière réelle du régime proposé pour les employés et les employeurs. Surtout, pensons-nous, l'État intervient dans la gestion des régimes privés, ce qui va à l'encontre des recommandations du comité Gastonguay, qui proposait un régime privé, séparé et distinct du régime étatique, favorisant ainsi la concurrence.

Enfin, la précipitation avec laquelle le gouvernement entend faire adopter ce projet de loi cadre semble être motivée par des considérations budgétaires plutôt que par une discussion de fond sur un projet de politique sociale dont l'importance exige plus de temps et d'analyse.

Alors, si vous le permettez, M. le Président, j'aborderai très brièvement les questions d'ordre général soulevées par le projet de loi et quelques articles qui suscitent des commentaires.

• (20 h 10) •

Tout d'abord, un système privé d'assurance-médicaments, oui, mais l'État est tout de même omniprésent. Non seulement l'État fixe-t-il une prime de risque uniforme en assurance individuelle, mais il détermine unilatéralement la franchise, la coassurance, les compensations et les règles de mise en commun, ainsi que les plafonds annuels sur la base de critères qui ne sont pas précisés. Il est évident que, de cette manière, l'État contrôlera indûment tout le secteur de l'assurance individuelle et collective.

Dans un tel contexte, les employeurs ne seront certes pas encouragés à offrir un régime collectif

d'assurance-médicaments à leurs employés et les employeurs dont les employés représentent en moyenne un plus gros risque n'auront d'autre choix que d'exclure la couverture des médicaments et de laisser leurs employés souscrire une assurance individuelle. C'est donc dire que la concurrence, qui devait assurer un minimum de contrôle des primes dans le régime d'assurance privé tel que conçu par le comité Gastonguay, sera minimisée par, et je cite: «La mise en tutelle des assureurs».

Comme l'indiquait le comité Gastonguay à la page 94 de son rapport, un tel système fait disparaître un facteur important de concurrence et il n'incite pas à contrôler les coûts. Les différents intervenants vont s'adapter à un système aussi rigide s'ils y trouvent leur compte ou s'ils n'ont pas d'autre choix, sinon ils vont probablement s'en retirer.

Compte tenu du projet de loi et du carcan réglementaire auquel seront assujetties les compagnies d'assurances, on peut se demander si elles ne deviendront pas de simples agents payeurs tout en assumant les risques. Il serait alors douteux que la viabilité d'un tel régime soit assurée et, en fin de compte, on risquerait fort de revenir à une étatisation complète du régime, ce qui irait évidemment à l'encontre de la recommandation centrale du rapport Gastonguay.

Je faisais allusion à l'impossibilité d'évaluer les coûts réels du nouveau régime. D'une part, la surprime de 5 % dont fait mention le rapport Gastonguay ressemble étrangement à une taxe déguisée puisqu'elle vise à financer le coût d'une mesure sociale, à savoir offrir de l'assurance à tous ceux qui ne sont pas actuellement assurés. Cette surprime se trouve maintenant cachée dans le système de mutualisation.

D'autre part, à cette surprime s'ajoutent les coûts associés aux facteurs suivants: Le programme universel combiné au virage ambulatoire amorcé dans le milieu hospitalier donnera l'occasion aux hôpitaux de demander aux patients, sous prétexte qu'ils sont couverts par un programme universel, de se procurer eux-mêmes leurs médicaments une fois rentrés à la maison et d'en réclamer le remboursement à la RAMQ ou à leur régime privé, augmentant ainsi les coûts de la RAMQ et des régimes privés.

L'abolition de la circulaire «malades sur pied», décrite aux pages 43 et 44 du rapport Gastonguay, risque d'avoir pour effet de transférer des dépenses de l'ordre de 55 000 000 \$ du milieu hospitalier à la RAMQ et aux régimes privés...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Garon, est-ce qu'on peut s'entendre tout de suite pour que M. Castonguay se lise «Gastonguay» partout?

M. Garon (Jacques): Gastonguay. Je m'excuse.

Une voix: Castonguay.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'on peut s'entendre?

Une voix: C'est le contraire...

M. Garon (Jacques): Oui. Je m'excuse, M. le Président... puisque le coût de plusieurs médicaments fournis par les établissements hospitaliers aux patients atteints de maladies comme le cancer, le diabète insipide ou la fibrose kystique devra maintenant être absorbé par les régimes privés et la RAMQ.

Il en va de même pour l'abolition du programme de traitement des maladies transmises sexuellement, décrit à la page 43 du rapport, dont la majeure partie des coûts sera transférée de la RAMQ aux régimes privés.

Le projet de loi augmentera le fardeau administratif des assureurs et des administrateurs de régimes étant donné que le coût associé à la protection du régime général devra être identifié séparément et divulgué. Lorsqu'un employé est embauché en cours d'année, le nouvel employeur devra prendre en compte, aux fins de son régime d'assurance-médicaments, les déboursés et la franchise déjà atteints dans le régime de l'employeur précédent ou dans un régime individuel. Lorsqu'un employé quitte son emploi, son employeur devra fournir au nouvel employeur les renseignements sur les montants remboursés en vertu du programme d'assurance-médicaments. Comme il faudra tenir compte des frais encourus mais non rapportés, des délais seront requis afin que les renseignements transmis soient complets. Enfin, l'administrateur devra fournir une attestation d'assurance à chaque assuré, laquelle contiendra des renseignements tels que le nom et l'adresse de l'employé, le type de couverture, etc.

La responsabilité des régimes quant à l'éventuelle prise en charge d'une plus grande part du coût des médicaments des retraités âgés de 65 ans et plus fera en sorte que les régimes seront inévitablement soumis à des pressions pour prendre également en charge la prime exigée de ces retraités. Ils auront aussi à supporter une part du coût de mutualisation qui pourra varier selon leur expérience.

Bref, la précipitation avec laquelle le gouvernement veut faire adopter ce projet de loi sans procéder à un examen approfondi de ces questions risque d'augmenter considérablement les coûts et d'alourdir l'administration, ce qui se répercutera inévitablement sur les primes.

Par ailleurs, M. le Président, il y aura au minimum une quinzaine de règlements qui détermineront les services requis au point de vue pharmaceutique et fournis par un pharmacien: les conditions requises pour que le coût de certains médicaments soit couvert, le montant de la franchise et la proportion du coût des services pharmaceutiques, etc.

Ces règlements fort importants seront-ils pris avant le 1er janvier 1997, date à laquelle le nouveau régime entre en vigueur, puisque le projet de loi ne prévoit pas d'exception ou de mesures transitoires même pour les régimes établis dans le cadre de conventions collectives?

On faisait plusieurs recommandations spécifiques portant sur les produits génériques et dont on ne retrouve pas trace dans le projet de loi. Dans la mesure où il existe un fort potentiel de réduction du coût des médicaments, le rapport Gastonguay recommandait de réduire le facteur de coassurance payable par l'assuré lorsque celui-ci reçoit des médicaments génériques. Le projet de loi ignore complètement les recommandations touchant les produits génériques. On recommandait aussi que ces produits génériques soient soumis à un contrôle des prix, comme c'est le cas pour les médicaments d'origine soumis au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Le projet de loi ignore aussi cette mesure.

En ce qui concerne les enfants, on prévoyait une protection à 100 %, sans franchise, pour les enfants de moins de 18 ans. Voilà que le projet de loi va plus loin en ajoutant les enfants de 18 ans et plus aux études à temps plein, sans limite d'âge.

Déjà, comme la plupart des régimes collectifs imposent soit une franchise, soit une coassurance, soit les deux pour les enfants à charge, des frais supplémentaires étaient à prévoir pour appliquer les recommandations du rapport. Toutefois, nous comprenions, à la lecture du rapport, notamment à la page 55, que cette mesure était nécessaire compte tenu de l'importance que revêt le médicament pendant la période de croissance de l'enfant.

Mais, lorsque le projet de loi propose aussi d'assurer à 100 %, sans franchise, des enfants, entre guillemets, âgés de 18 ans et plus, alors là nous ne comprenons plus. Cette mesure ne s'appuie certainement pas sur le rapport Gastonguay. De plus, elle entraîne d'autres frais et des complications administratives, puisque les régimes collectifs prévoient normalement une limite d'âge qui peut varier de 21 à 25 ans pour les enfants aux études à temps plein. Faudra-t-il que les régimes collectifs administrent deux définitions, celle du gouvernement pour les médicaments et la leur pour les autres couvertures, en plus d'assumer de nouveaux frais? Nous croyons qu'il faut remettre en question la nécessité d'une telle disposition et, s'il le faut, la retirer du projet de loi.

Disons-le d'emblée, les coûts assumés par les régimes privés dans le cadre du programme universel d'assurance-médicaments seront plus importants que ceux assumés par l'État, et on le démontre amplement dans le rapport. Pourtant, ni les employeurs ni les assureurs ne participent à la prise de décision une fois le programme en place. Pire, le gouvernement les contraint à une réglementation imposante tout en procédant à un transfert de coûts considérable du secteur public au secteur privé, compte tenu du programme universel d'assurance-médicaments et aussi du virage ambulatoire amorcé dans les hôpitaux. N'y a-t-il pas là incohérence du gouvernement, qui diminue ses dépenses mais qui impose des normes au secteur privé tout en le faisant contribuer davantage?

On prévoyait aussi la mise sur pied d'un groupe de concertation. Le projet de loi est silencieux à cet

égard. Il confirme plutôt la RAMQ dans un rôle d'administrateur en chef. Elle procédera à la sélection du système technologique de traitement, d'information et de revue d'utilisation, au contrôle des banques de données, etc.

Il faut, M. le Président, selon nous, remettre le programme sur la voie de la concertation. Les différents intervenants du secteur privé, qu'ils soient des employeurs, des assureurs, des pharmaciens, des compagnies pharmaceutiques, croient en la nécessité de mettre sur pied un groupe de concertation et d'y participer avec des représentants du gouvernement, de la RAMQ, des consommateurs et des professionnels de la santé. Selon nous, c'est à ce groupe que devrait revenir la responsabilité de contrôler les coûts du programme universel.

● (20 h 20) ●

En ce qui touche les mesures transitoires, non seulement la mise en oeuvre du programme doit-elle se faire très rapidement, mais, de plus, le projet de loi ne prévoit aucune mesure transitoire. Il faudra donc rouvrir les conventions collectives pour le 1er janvier 1997, puisque la plupart des régimes collectifs ne respectent pas les modalités du régime de base, que ce soit au chapitre de la protection des enfants, de la franchise, de la coassurance, etc. Nous croyons que le gouvernement devrait permettre aux régimes régis par des conventions collectives d'être maintenus jusqu'à l'expiration des conventions. En ce qui concerne les autres régimes existants qui ne sont pas régis par une convention collective, nous croyons qu'un délai d'un an devrait être accordé.

Enfin, dans le contexte du programme universel d'assurance-médicaments, comment peut-on justifier le maintien de la taxe sur les régimes collectifs alors que les régimes individuels continuent d'en être exemptés? Il s'agit là d'un des facteurs qui incitent les employeurs à s'interroger sur l'opportunité de maintenir la couverture des médicaments dans un régime collectif.

Quelques commentaires au sujet de quelques articles, M. le Président. Aux articles 12 et 13, nous pensons que le libellé de ces articles consacre la liberté du gouvernement de fixer le montant de la prime et de la franchise, la proportion de la coassurance de même que la somme maximale des frais admissibles de toutes les catégories de personnes assurées. Nous aurions souhaité plus de flexibilité afin que des régimes comportant des paramètres différents mais équivalents puissent être offerts par les employeurs.

À l'article 17. Selon cet article, un enfant âgé de moins de 18 ans ou de 18 ans ou plus, s'il fréquente l'école à temps plein et qu'il est domicilié chez ses parents, est exonéré du paiement de toute contribution. Nous pensons, ou nous suggérons plutôt la notion, en ce qui concerne le domicile tel qu'il est stipulé dans l'article 17, de «personne à charge», afin d'éviter que les étudiants qui ne sont pas domiciliés à la résidence familiale ne soient indûment pénalisés.

Par ailleurs, l'avantage unique accordé par cette disposition à un prix qui devra être assumé par le régime

public et les régimes collectifs. Par ailleurs, cette disposition va à l'encontre du principe de base du régime qui vise la modération dans la consommation des médicaments et la contribution de chacun à son financement.

En ce qui concerne les articles 40 à 44, selon ces dispositions, nous pensons que l'État se substitue au secteur privé pour déterminer les primes d'un régime privé. Il n'y a donc plus de concurrence possible, et les régimes collectifs ne pourront plus que se comparer aux régimes individuels pour déterminer s'ils doivent maintenir ou non la couverture des médicaments. Nous croyons qu'il serait plus judicieux d'utiliser un taux de prime modulé par adulte assuré ou par famille à l'intérieur d'une fourchette à définir, taux qui mériterait d'être étudié par les assureurs pour les régimes personnels privés.

Par ailleurs, les employeurs risquent d'être de moins en moins enclins à offrir un régime d'assurance-médicaments à leurs employés, puisque ces derniers pourraient s'assurer individuellement auprès d'un assureur à des prix très concurrentiels.

Par ailleurs, la prime du régime individuel proposée par le gouvernement n'est pas assujettie à la taxe de 9 %. En maintenant la taxe de vente sur les régimes collectifs, on taxe indirectement les médicaments.

En conclusion, M. le Président, ce projet de loi nous laisse perplexes. D'une part, il s'éloigne, selon nous, considérablement des recommandations du rapport Gastonguay en ce qui a trait à un véritable régime d'assurance-médicaments privé pour la majorité des citoyens. D'autre part, nous nous demandons si cette réforme du régime d'assurance-médicaments n'a pas pour objet premier de satisfaire les exigences financières du gouvernement plutôt que de corriger les iniquités du régime actuel en refilant le gros de la facture aux bénéficiaires.

En ce qui a trait à cette facture, d'ailleurs, il est impossible d'en évaluer l'ampleur réelle à court terme et encore moins à long terme. Nous savons que le gouvernement entend économiser annuellement entre 250 000 000 \$ et 300 000 000 \$ suite à la réforme proposée, économie qui, dit-on, ne devrait pas affecter radicalement la tarification des régimes privés.

Cependant, certaines dispositions du projet de loi entraîneront de nouveaux frais, par exemple la gratuité des médicaments pour les enfants âgés de plus de 18 ans, sans compter une administration plus complexe pour les assureurs, le transfert de coûts découlant du virage ambulatoire et la possibilité d'une augmentation plus rapide que prévu du prix des médicaments.

Bref, les primes d'assurance-médicaments payées par les bénéficiaires de régimes d'assurance individuels ou collectifs pourraient augmenter bien plus rapidement et bien plus que ne le laissait entendre le rapport Gastonguay.

Mais, surtout, ce projet de loi fait en sorte que l'État intervient trop radicalement dans la gestion des régimes privés collectifs. Ce faisant, il n'incite pas les employeurs à offrir un régime d'assurance-médicaments à leurs employés. Merci, M. le Président.

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

M. Rochon: Merci, M. le Président. J'avoue que j'ai un peu de difficulté à trouver l'angle de prise, parce que vous tirez tous azimuts sur le projet. Et tout ce qui peut sembler douteux, vous en faites un peu une conclusion: c'est quelque chose qui ne va pas se produire ou qui va se produire de façon incorrecte.

Vous dites: On est précipité, il faudrait prendre encore un an. Bon. J'aimerais que vous m'expliquiez un peu pourquoi et sur quelles bases vous avez décidé que ça prendrait un an plutôt que six mois, plutôt que deux ans pour faire le tour, réalisant que ça fait plus de deux ans qu'il y a du travail qui se fait là-dessus. En 1994, il y avait déjà un comité, le comité Demers, qui avait regardé la situation à la suite de la difficulté de gérer et de maintenir la circulaire «malades sur pied». Fin 1994, il y a des travaux qui se sont faits, étudier toutes les voies de faisabilité, par des équipes du ministère. Fin 1995, sur la base de tout ça, et ça a permis de rencontrer des gens en cours de route, le comité qu'a présidé M. Castonguay a travaillé avec les assureurs, avec l'industrie pharmaceutique, les milieux de la recherche, différents milieux, pour voir comment des partenaires pourraient s'impliquer là-dedans. Et on se retrouve deux ans plus tard avec un régime qui vient de tout ça.

Dans ce que vous soulevez, il y a beaucoup d'éléments qui n'ont pas encore de réponse. Mais là on regarde la loi. Les règlements, je l'ai dit cet après-midi, vont être à peu près, au complet, disponibles dès la semaine prochaine, dès qu'on va commencer l'étude article par article, ils sont presque terminés maintenant. Il y aura d'autres réponses qu'on va retrouver là-dedans.

Il y a beaucoup de points que vous soulevez qui sont des éléments de gestion. Une fois qu'on aura la loi, qu'on aura des règlements, il va falloir le gérer, le système. Si on veut un système différent, bien, c'est sûr qu'il y a des choses présentement qu'il va falloir faire autrement, puis c'est sûr qu'au moment où on se parle ce soir on n'a pas toutes les réponses à ce qu'il faudra faire sur le plan de la gestion. On aura six mois, encore là, pour régler ça.

Alors, je vous avoue, là, j'essaie vraiment de vous suivre, mais j'ai de la difficulté à voir comment... C'est un peu la situation de la poule et de l'oeuf: on ne part pas tant qu'on ne se sent pas prêt à partir, mais, tant qu'on n'est pas prêt, on ne peut pas partir non plus. Si on a un projet de loi maintenant, là, donc... Expliquez-moi un peu ce que vous pensez qu'il faut faire pendant toute une année pour vraiment avoir, au niveau du projet de loi lui-même, quelque chose qui va répondre aux questions, s'entendant que le projet de loi ne peut pas répondre à des questions qui sont de la nature des règlements et des questions de gestion, ça ne peut pas être dans le projet de loi.

Bon, maintenant, par ailleurs, c'est sûr que l'approche est un peu originale, et on l'a dit d'entrée de jeu, c'est d'associer l'assurance, qui veut donner une protection, en échange d'une prime, à des gens qui n'en ont pas ou une protection équitable, semblable pour l'ensemble des Québécois et des Québécoises. Là, les régimes qui existent actuellement, il y a 4 500 000 personnes qui sont assurées par des régimes collectifs, avec des primes variables et des couvertures variables; certaines qui sont assez généreuses, d'autres un peu moins; certaines qui se rapprochent un peu plus d'un régime type catastrophe.

L'orientation de donner une protection est un objectif d'assurance en échange d'une prime, mais ça veut aussi aller chercher des caractéristiques d'un programme social qui va répartir le coût à l'ensemble des gens et assurer l'accessibilité générale à un ensemble de base pour protéger les gens et avec une gestion où les partenaires vont être impliqués pour assurer le contrôle du régime.

Donc, à plusieurs égards, mais avec des ajustements parce que les temps ont changé et les situations ont changé, est-ce qu'on ne se retrouve pas dans un régime qui va avoir beaucoup d'éléments semblables à ce qu'a été l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation? Sauf que, lui, on fait l'expérience d'un régime mixte, privé et public, mais qui va donner un seul régime avec des moyens très importants, qu'on n'a pas actuellement, grâce au CCP qui va agir pour l'ensemble du régime et au Comité de révision de l'utilisation des médicaments pour pouvoir contrôler un peu plus le coût du médicament.

Alors, tout ça est là. Est-ce que, dans le fond, c'est parce que vous n'êtes pas d'accord qu'il y ait une partie du régime public, qu'il faudrait que ce soit l'ensemble du régime qui soit carrément privé, ou vous nous dites que tout le régime devrait être plutôt public, complètement public ou complètement privé, mais pas un mélange des deux? Alors, sur ces deux points-là, essayez donc de m'aider à vous suivre, je ne demande pas mieux, là. Je vous avoue que j'ai un peu de difficulté.

• (20 h 30) •

M. Garon (Jacques): Alors, M. le Président, oui, M. le ministre a soulevé un certain nombre de questions. En réponse à la première, le questionnement qui est posé dans notre mémoire vient surtout de l'incertitude générée par le projet de loi en ce qui a trait aux coûts des primes qui se répercuteront pour les employeurs. Les employeurs, à l'heure actuelle, sont incapables de planifier. En conséquence, si le projet de loi, tel que stipulé, entre en vigueur le 1er janvier de l'année prochaine, quel sera l'impact financier sur les régimes individuels ou collectifs? Cette incertitude vient — je pense que ça a été amplement démontré depuis quelques jours — du fait qu'on a sous-estimé les coûts que représenteront non seulement la gestion, mais, qui sait, l'accroissement du prix des médicaments malgré les contrôles qu'on veut soumettre, etc. Alors, cette incertitude, ce que nous pensons, c'est: Comment se fait-il que le projet de loi arrive, qui est un projet de loi cadre, à toutes fins

pratiques, et que, peut-être, on ne soit pas capable d'envisager avec un petit peu plus de certitude, d'encadrer un petit peu plus ce que coûtera réellement le régime lorsqu'il sera en place? Si ça se fait par réglementation, est-ce qu'il va falloir attendre que tous les règlements soient déposés pour en avoir une vision plus juste?

Cette incertitude mine la capacité des entreprises à accorder le crédit qui revient... que, par ailleurs, M. le ministre, nous avons appuyé comme principe, puisque, nous l'avons bien dit, nous avons appuyé le principe d'un régime universel d'assurance-médicaments à condition que le secteur privé puisse véritablement établir ses propres paramètres. Alors, cette incertitude au niveau des coûts fait que nous avons énormément de difficulté à cerner l'incidence de ce projet de loi sur les régimes individuels et sur les régimes collectifs du secteur privé.

M. Rochon: Écoutez, juste pour placer les choses un peu — parce que vous généralisez vraiment sur toute la ligne, monsieur — le travail qui a été fait avec les assureurs et par le comité de M. Castonguay et, par la suite, par la Régie de l'assurance-maladie, dans la prolongation du comité Castonguay, il me semble, a assez bien établi que, pour le collectif, les gens peuvent prévoir de façon assez raisonnable quel peut être, par le fait de la mutualisation des risques, l'impact d'augmentation. On a parlé de 5 %, peut-être jusqu'à 10 %, mais ça joue à peu près dans ce créneau-là. La seule chose qui est ressortie, la semaine passée, quand le groupe d'assureurs est venu ici, c'est la réévaluation quant à la prime pour les polices individuelles. Ça, c'est 1 100 000 personnes, alors que le collectif, où les gens, si j'ai bien compris, étaient assez confiants des prévisions qu'ils faisaient, c'est 4 500 000 personnes. Et l'autre 1 500 000, les gens qui sont présentement les prestataires d'aide sociale et les personnes âgées, sont déjà couverts par un régime qui les connaît bien, et on les suit bien de ce côté-là.

Donc, le seul rayon où c'est un peu plus difficile de prévoir parce qu'on n'en a pas l'expérience, c'est le 1 100 000 personnes qui, présentement, sont inconnues quant à leur consommation et quant au comportement possible; on n'a pas toutes les caractéristiques démographiques de ces gens-là, mais on peut faire différentes simulations. Et, quand on regarde — je ne suis pas expert dans le domaine, mais ce que je comprends de ce qu'on me dit — l'incertitude vient — puis, je l'ai dit souvent, je comprends les assureurs puis je ne leur en fais pas le reproche — du fait que, dans les scénarios qu'ils font, ils ont vraiment maximisé tout ce que ça pourrait coûter comme impact administratif puis ils ont minimisé tout ce que ça pourrait avoir comme effets de diminution des coûts. Encore aujourd'hui — je ressortirai la référence tout à l'heure — la SSQ, je pense, sortait des prévisions de ce à quoi on peut s'attendre de diminution de coûts, allant jusqu'à 20 %, 25 %, dans l'ensemble, dû à deux ou trois variables. Alors, si on prend ce qui peut augmenter les coûts mais qu'on ne

regarde pas le contrepois, on peut jouer très, très sûr dans ce jeu-là, et c'est un peu ça qui a été fait.

Alors, je comprends qu'on est après définir et qu'on peut travailler puis resserrer les postulats, mais de là à dire, comme vous le dites, qu'on ne connaît rien, qu'on ne sait rien puis qu'on ne sait pas dans quoi on s'embarque, ça me semble un peu pousser loin. Puis je prendrais juste, comme un exemple d'affirmations qui vont très loin, la page 4, au bas, de votre mémoire. Vous dites: «La responsabilité — le tout dernier paragraphe — des régimes quant à l'éventuelle prise en charge d'une plus grande part du coût des médicaments des retraités âgés de 65 ans et plus fera en sorte que les régimes seront inévitablement soumis à des pressions pour prendre également en charge la prime exigée de ces retraités.» Je ne sais pas de quoi vous parlez, là. Ces personnes-là vont demeurer couvertes par le régime qui les couvre déjà actuellement, qui est le régime public.

Il y a quelque chose, ou je lis mal ou je ne comprends pas, mais qui ne m'apparaît pas correspondre à la réalité. Ce qu'on nous dit, pour l'exemple, la SSQ, c'est des gens du domaine de l'assurance, je pense, hein? Alors, l'évaluation qu'ils font pour dire aux assureurs comment ils peuvent peut-être faire des ajustements pour contrôler les coûts, ils disent: Si on introduit une franchise de 50 \$ par année civile sur les médicaments... Parce qu'il y a beaucoup de régimes collectifs prévus qui n'ont pas de franchise actuellement. Le régime public va en avoir une de 100 \$. S'ils en mettaient une de 50 \$, ils feraient une économie de 12 %. Passer des médicaments sur ordonnance en vente libre à des médicaments sur ordonnance seulement, 8 % d'économie; réduire la coassurance des médicaments de 5 % sur les premiers 2 700 \$ annuels, 6 %. Je ne dis pas que c'est ça qu'il faut faire, là, mais il y a des choses qui peuvent s'identifier, qui font le contrepois.

Alors, je suis un peu surpris, là... Que les questions se posent, oui, mais à l'examen, depuis plusieurs mois maintenant, je pense qu'il y a pas mal de réponses que les gens ont commencé à trouver à ça. On arrive plutôt en bout de piste que d'être dans un champ tout ouvert.

M. Garon (Jacques): M. le Président, ma collègue, Mme Bourassa, va prendre la parole.

Mme Bourassa (Christiane): M. le Président, j'aimerais d'abord, sur la question des délais... Je crois qu'il faut apprécier que... Bon, dans le communiqué qu'on voyait tantôt, il y a plusieurs approches qui sont soulevées. Ce sont des approches qui ne peuvent pas être mises de l'avant dans des délais très courts. C'est des approches sur lesquelles on veut regarder diverses solutions. C'est des approches sur lesquelles on veut regarder quels sont les besoins... en tant qu'employeur, s'assurer qu'on couvre les besoins des employés, qu'on répond vraiment aux besoins qu'ils expriment. Donc, ce n'est pas vraiment des démarches qu'on va prendre à toute allure, à toute vitesse pour arriver à une solution

puis regarder ce qui donne nécessairement le chiffre auquel on veut arriver en bout de ligne.

Donc, dans ce contexte-là, les employeurs veulent avoir le temps, et c'est le même point quand on parle des conventions collectives. Les employeurs veulent avoir le temps de réfléchir à tout ça, d'en arriver à des ententes qui vont être raisonnables et qui vont, le mieux possible, répondre aux besoins des employés dans des mesures de coûts efficaces et acceptables.

Donc, dans ce contexte-là, ce sont des démarches qui, malheureusement, peuvent difficilement être complétées dans des délais très, très courts, et c'est le point qu'on tente de soulever. Beaucoup de points apparaîtront peut-être pas très importants. On peut penser aux enfants. M. Garon a soulevé le point des enfants, M. le Président. Mais c'est quand même des choses auxquelles il faut réfléchir, puis il faut prendre le temps de regarder ce qu'on va faire pour ne pas agir à toute allure et faire des choses qui ne seront pas nécessairement raisonnables.

Sur le deuxième point, à la page 4, M. le Président, ce qu'on entend ici, c'est que les personnes âgées — les personnes de 65 ans et plus — sont couvertes par les régimes collectifs, par certains régimes collectifs de certains employeurs, et ces personnes-là feront des revendications, dans certains cas, pour que leurs employeurs continuent de couvrir certains frais auxquels ils ne faisaient pas face auparavant, comme, par exemple, la franchise. Donc, ces gens-là, présentement, paient, je crois, des frais de 2 \$ par ordonnance; dorénavant, ils pourront payer plus. Alors, on peut s'attendre à ce qu'ils exercent des pressions auprès de leurs employeurs pour que les sommes additionnelles qu'ils devront verser soient versées par les employeurs. Donc, ça, ça peut représenter des coûts très substantiels.

M. Garon (Jacques): M. le Président, M. Lafrance.

M. Lafrance (Francis): Pour renchéris sur ma collègue, j'aimerais ajouter, concernant le délai, que, prendre le temps d'évaluer l'incidence des changements exigés par le projet de loi sur les coûts des régimes, de chacun des régimes, prendre le temps de réagir par la suite, compte tenu de l'incidence de ces coûts-là à l'intérieur de l'entreprise, pour déterminer exactement quel autre changement ils vont apporter, justement, pour absorber l'impact de certaines augmentations — entre autres, ça pourrait être, comme vous l'avez mentionné, ajuster la franchise ou ajuster quoi que ce soit, mais, ces études-là, ça prend un certain temps — et déterminer le choix approprié, compte tenu des besoins des employés, et le recommuniquer par la suite aux employés et prendre le temps de l'étudier à fond et de le communiquer aux employés par la suite comme il le faut, ça prend un certain temps. Ça ne se fait pas en un tournemain, en dedans de six mois, comme ça, du jour au lendemain. Je pense que ce n'est pas comme ça que ça se vit, en tout cas, dans les entreprises, lorsqu'elles changent leur politique, d'autant plus que ces changements-là peuvent

avoir un impact sur les employeurs nationaux qui ont des entreprises à travers le pays. Ils doivent réviser, à ce moment-là, leur politique globale ou encore ils doivent penser: Si on ajuste la franchise ou la coassurance, quel impact ça va avoir sur la franchise, la coassurance des autres couvertures des régimes collectifs? Parce que les régimes collectifs ne couvrent pas que les médicaments. Et on ne veut pas se ramasser avec une lourdeur administrative telle qu'il faut avoir une coassurance pour les médicaments, une coassurance pour ci, une coassurance pour ça. Donc, on veut regarder la question dans son ensemble. Alors, la question du délai, c'est dans ce sens-là qu'elle a été amenée aujourd'hui.

• (20 h 40) •

Pour continuer sur la question des coûts, vous avez parlé tout à l'heure de l'incidence des coûts, qui était, d'après vous, relativement connue. Eh bien, il y a plusieurs factures cachées, à notre avis, M. le Président, qui sont très importantes, dont on ne peut pas présentement évaluer l'impact sur les coûts, particulièrement au niveau des régimes collectifs. Si on pense, entre autres... On a soulevé la question du virage ambulatoire combiné à l'adoption du programme d'assurance-médicaments universel. Eh bien, quel impact on va vivre de ce côté-là? C'est à définir, ce n'est pas très clair. Il faut voir l'impact de ces mesures-là d'une façon combinée pour déterminer de façon précise quelle va être l'incidence sur les coûts. Je crois que, du côté du rapport Castonguay, malheureusement, on n'a pas vu de chiffres au niveau de l'impact du virage ambulatoire combiné au programme d'assurance-médicaments universel. On a soulevé la question des enveloppes budgétaires fermées, mais on n'a pas précisé de façon très précise, justement, la question du niveau de coûts qui seraient à assumer de ce côté-là. C'est la même chose pour l'abolition des circulaires, «malades sur pied», l'abolition des circulaires pour les programmes des maladies transmises sexuellement. Alors, toutes ces choses-là, quel impact précis ça va avoir non seulement sur les régimes collectifs dans leur ensemble, mais pour chaque employeur? Chaque employeur a son régime collectif, il veut connaître l'impact de ces mesures-là sur son régime. Même si on le généralisait en disant: Ah! globalement, ça va être à peu près ça ou plus ou moins 5 % ou plus ou moins 10 %, chaque employeur va vouloir connaître l'impact précis sur son régime. Et il y a des factures cachées en ce moment. Donc, prendre le temps d'étudier tout ça, ça ne se fait pas en un tournemain.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Je passe maintenant la parole au député de Robert-Baldwin et porte-parole officiel en matière de santé et de services sociaux. S'il vous plaît.

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci à vous d'avoir accepté notre invitation. Je pense que vous pouvez nous donner un éclairage extrêmement important et, aussi, intéressant sur le programme d'assurance-médicaments.

Je voudrais tout de suite signifier... Tantôt, le ministre de la Santé nous disait que... ou essayait de minimiser la portée de l'affirmation du Regroupement des assureurs concernant les primes familiales où, la semaine passée, on nous a affirmé qu'au lieu de coûter 350 \$, bien, ça va coûter 600 \$. Le ministre a tenté de limiter ça au niveau des primes familiales, mais, cette fin de semaine, nous avons appris — et c'est le premier vice-président du réseau Assurance-vie Desjardins, M. André Vincent — qu'il faudrait demander 225 \$ et 230 \$ plutôt que le 176 \$ prévu dans le rapport Castonguay. On ajoute aussi que le 176 \$ suffirait à rembourser le coût moyen des médicaments mais pas les coûts administratifs. Même raison que pour la prime familiale.

Vous nous dites aujourd'hui qu'il y a beaucoup de précipitation. Vous affirmez que ça semble être motivé par des considérations budgétaires qui peuvent avoir comme conséquence d'alourdir l'administration. Vous suggérez de remettre le programme sur la voie de la concertation. La difficulté que nous trouvons, eh bien, à ce moment-ci, vous êtes un autre des groupes qui l'affirmez. Depuis que nous avons commencé ces audiences, il y a des groupes qui ont des intérêts complètement différents, comme le regroupement Coalition Solidarité Santé, qui regroupe 18 organismes communautaires. Cet après-midi, c'était le Front commun des personnes assistées sociales qui, lui aussi, comme Coalition Solidarité Santé, demandait de refaire les devoirs, jusqu'à un certain point, et de prendre le temps pour que tous les paramètres et le fonctionnement d'un véritable plan d'assurance-médicaments puissent être réévalués.

En plus, nous avons eu les représentants des pharmaciens privés, le Regroupement des assureurs, le Syndicat de la fonction publique, les organismes de personnes handicapées. Tous ces gens-là, comme vous, ont demandé de prendre le temps nécessaire pour avoir un régime qui puisse vraiment répondre aux besoins des Québécoises et des Québécois en matière de médicaments.

Alors, le point que je veux souligner, c'est que vous faites partie, sans vous être concertés, j'en suis sûr, d'un véritable consensus qui est en train de s'installer parmi les gens qui sont venus ici nous saluer et nous faire part de leurs commentaires. Il semble y avoir maintenant ce désir ou ce souhait des organismes, des groupes, qu'on puisse prendre le temps qu'il faut. Et je pense que c'était votre expression: prendre le temps de vérifier, valider les informations que nous avons jusqu'à maintenant, puisqu'elles ont été remises en question.

Sans vouloir continuer trop longtemps sur cet aspect-là, à mon avis, je juge essentiel, à ce moment-ci... et j'aimerais vous entendre une dernière fois sur le degré de précipitation dans lequel on veut nous faire évoluer actuellement et surtout sur les impacts pour les différents employeurs que vous représentez.

M. Garon (Jacques): Merci, M. le Président. En réponse au député de l'opposition, je ne peux que réitérer le fait que beaucoup d'employeurs, que ce soient

des PME, que ce soient des multinationales, que ce soient des compagnies nationales, sont plongés dans l'incertitude parce que leurs actuaire ne peuvent pas imaginer quelle va être, de façon assez précise, l'incidence monétaire sur les régimes collectifs qu'ils administrent. Alors, partant de là, évidemment, ils sont tous dans l'expectative et, évidemment, c'est de là que partent les questions. D'autant plus quand on nous fait savoir par des calculs, que l'on peut prendre pour ce qu'ils sont mais qui sont tout de même faits par des experts... Nous n'en sommes pas, mais on a lu tous les journaux, on a vu les résultats de ces calculs, et ces coûts dépassent de loin ce que l'on envisageait au préalable. Alors, on est en droit de se poser la question, à savoir: Est-ce qu'on ne pourrait pas simplement prendre le temps qu'il faut pour faire une analyse un petit peu plus fine de ce que pourraient représenter ces coûts et, par là, rassurer les employeurs et les employés et l'opinion publique en général pour voir que, au fond, on ne crée pas plus d'iniquités que nous n'en avons, alors que le but... Nous avons compris, en principe, et c'est pourquoi on l'avait appuyé... Le but de cette réforme était justement de rendre le régime plus équitable pour l'ensemble de la société.

M. Marsan: Merci. J'aurais trois ou quatre questions. La prochaine question traite davantage des pouvoirs de réglementation. Vous savez qu'il y a plusieurs pouvoirs. Je pense que vous en avez identifié 15. Nous craignons que, comme d'autres provinces, on puisse arriver très rapidement à des augmentations extrêmement importantes au niveau des différents paramètres, si vous me permettez, que ce soit la prime, la franchise, la coassurance. Est-ce qu'il y a... Déjà, on nous avise que, tout ça, ça va être indexé, tous les coûts qui vont nous être connus, semble-t-il, avant le 21 juin. Eh bien, est-ce qu'il y a vraiment un danger que les coûts puissent monter en flèche, là, par rapport à ce pouvoir de réglementation, et ce, d'année en année?

M. Garon (Jacques): Oui. M. le Président, M. Lafrance.

M. Lafrance (Francis): Merci, M. le Président. La question, effectivement... Il pourrait y avoir... Là, déjà on voit, dans le débat actuel, toutes les évaluations qui se font du niveau de la prime qui devrait être appliquée dès le départ dans le régime. Et on a de la misère à s'entendre présentement. Il y a des chiffres qui ont été avancés, d'autres chiffres qui ont été avancés également, et, même à ce niveau-là, on ne s'entend pas précisément.

Alors, vous pouvez vous imaginer que si, par la suite, d'une année à l'autre, il y a aussi des augmentations à appliquer, ces augmentations-là peuvent survenir, évidemment, compte tenu de l'indexation des prix des médicaments, compte tenu de l'augmentation de l'utilisation par les gens, à cause du vieillissement de la population, notamment, et aussi parce qu'il pourrait y

avoir un phénomène de transfert de risques entre les régimes collectifs et les régimes individuels. Les régimes collectifs, dont les risques sont en moyenne plus élevés que les risques individuels, pourraient se désister de la couverture... pourraient exclure les médicaments de leur régime et, à ce moment-là, en payant des primes, laisser le soin aux régimes individuels de couvrir ces gens-là.

Donc, tous ces facteurs-là combinés, d'une année à l'autre, peuvent faire qu'il va y avoir une augmentation importante au niveau du prix uniforme qui serait chargé dans les régimes individuels. Et, si ce prix-là doit augmenter de 8 % ou 10 % ou 12 %, peut-être même de 15 %, est-ce qu'on va avoir le courage de faire les augmentations qui s'imposent, puisque, justement, comme vous l'avez si bien dit, le pouvoir de déterminer et de fixer la prime se retrouve évidemment dans les pouvoirs de réglementation?

● (20 h 50) ●

Alors, tout ça nous rend très perplexes et ceci nous amène à penser, finalement, que le régime mixte dont tout le monde saluait l'arrivée, bien, finalement, il est peut-être voué, d'une certaine façon, à l'échec si, justement, il y a trop de contrôles, si les contrôles sont trop rigides sur le secteur privé.

M. Marsan: Cela m'amène à ma prochaine question: Comment vos membres peuvent-ils accepter... On est dans une économie de marché libre et ils vont accepter que leur prix... les différentes conditions du régime d'assurance-médicaments vont être dictées par un ministre. Comment vous m'expliquez ça?

M. Garon (Jacques): Oui. Alors, M. le Président, c'est justement la question qu'on pose, qu'une bonne partie de cette tarification va être dictée par les règlements à venir. Dans ce contexte, je ne vois pas comment on ne pourrait pas indûment influencer le secteur privé par cette tarification qui va être proposée et dont on ne connaît pas la teneur, évidemment, puisque ce seront les pouvoirs réglementaires qui pourront la déterminer. Oui.

M. Lafrance (Francis): Le point que vous soulevez — merci, M. le Président — est très opportun, parce que, justement, les employeurs, d'une certaine façon, non seulement il y a la question de possibilité d'augmentation des coûts, plus importante, qu'on a étudiée initialement, mais il y a la question de perte de contrôle de sa politique d'avantages sociaux, que tout est défini par règlement. Donc, si, à un moment donné, il faut adopter la franchise ou s'il faut changer la coassurance ou s'il faut changer autre chose, tous ces paramètres-là étant contrôlés par la réglementation, les employeurs ne sont plus en contrôle de leur propre politique interne au niveau des avantages sociaux. Donc, si ces paramètres-là sont trop rigides, les employeurs vont avoir le réflexe de se questionner sur la nécessité de conserver ces protections-là à l'intérieur de leurs régimes, s'ils ne les contrôlent plus.

M. Marsan: Est-ce qu'il pourrait arriver que des assureurs décident, parce qu'ils ne veulent pas jouer le jeu du ministre, qu'eux autres ne participent pas et qu'ils ne donneraient pas ces couvertures-là et qu'ils seraient en dehors de tout ce marché potentiel, entre parenthèses?

M. Garon (Jacques): Bien, c'est du domaine d'une possibilité, c'est du domaine du possible. Évidemment, ce serait très dommage que l'on arrive à cet état de situation, mais, en bout de ligne... Et, ça, c'est un autre élément de cette incertitude, quand on n'est pas capable de cerner avec précision le contour, qui laisse les employeurs un peu perplexes.

M. Marsan: J'aurais une dernière question, M. le Président. Ça concerne davantage ce qu'on appelle les postes occasionnels ou précaires, aussi bien dans l'appareil gouvernemental que dans le secteur privé. On sait que les gens, étant donné qu'il y aurait une obligation d'avoir une couverture d'assurance, pourraient passer d'un système à l'autre assez rapidement, pour toutes sortes de raisons que nous connaissons bien. Questionné là-dessus cet après-midi, le ministre n'a pas été en mesure, à ce moment-ci, de dire comment ça va fonctionner, parce que ça peut être assez complexe. Comment est-ce qu'on passe du régime public, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, aux régimes soumis par un groupe d'assureurs privés, par exemple? Est-ce que vous avez des éclaircissements à nous donner là-dessus ou si c'est aussi complexe pour vous que pour le ministre?

M. Lafrance (Francis): Pour nous, effectivement, c'est assez nébuleux, ces questions-là, parce qu'il y a des mesures générales prévues dans le projet de loi, entre autres la question de prévoir, pendant certains délais de 30 jours, le maintien des protections dans certaines circonstances. Mais, lorsque vous parlez des emplois que vous avez soulevés, entre autres on pourrait parler des emplois temporaires, des emplois à temps partiel, ces gens-là ne sont pas nécessairement couverts par les régimes collectifs présentement. Donc, ils vont souvent se retourner vers un régime individuel. Alors, est-ce que les employeurs vont se questionner sur la nécessité de fournir une assurance-médicaments ou une assurance collective à ces travailleurs-là? Ça fait partie des questions, justement, qu'ils aimeraient analyser dans le cadre du programme d'assurance-médicaments universel.

M. Marsan: ...qu'il faut.

M. Lafrance (Francis): Exact.

M. Marsan: En terminant, vous nous parlez un peu des taxes, particulièrement pour les régimes collectifs. Vous nous dites que c'est possible, à ce moment-là, que les régimes individuels qui sont exemptés puissent devenir taxés ou... Est-ce que c'est ce que vous nous dites ou est-ce que c'est une possibilité?

M. Garon (Jacques): M. le Président, en réponse, ce que nous constatons, c'est que les régimes collectifs... dans les régimes collectifs, l'employeur paie une taxe de 9 %, qui est d'ailleurs une charge sociale aussi appliquée à l'impôt des employés, ce qui n'existe pas dans les régimes individuels. Alors, pourquoi est-ce qu'il n'y aurait pas une incitation, à ce moment-là, à s'en aller un petit plus du côté des régimes individuels? C'est une question que l'on se pose.

M. Marsan: Connaissant les...

M. Garon (Jacques): Je ne peux pas répondre de façon précise à la question parce que le régime n'est pas en place, mais c'est un point d'interrogation que nous avons sur la conception du projet de loi tel qu'il est proposé actuellement.

M. Marsan: Habituellement, quand le ministre des Finances constate qu'il y a un déplacement au niveau des taxes, comme ça, il y a une certaine habitude d'ajustement, en tout cas, qui se fait, et à la hausse, en plus. Ça va terminer le questionnement, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Il resterait environ trois ou quatre minutes, soit par le ministre et par le député de Robert-Baldwin, pour poser une dernière question chacun. M. le ministre.

M. Rochon: Oui. Vous réalisez, je pense — ou peut-être qu'on s'est mal fait comprendre là-dessus — que ce qui est proposé comme régime, c'est des paramètres de base qui, quand on regarde les régimes collectifs, sont, de façon assez générale, là, moins généreux que les régimes collectifs actuels. Est-ce qu'on s'entend là-dessus? Parce que, ça, c'est une question d'observation, je pense. C'est à peu près ce que tout le monde nous a dit, là. On «a-tu» vraiment mal compris, tout le monde? Ou... Non? Vous n'êtes pas d'accord là-dessus?

Une voix: On a eu des données sur ça.

Mme Bourassa (Christiane): Bien, souvent, les...

M. Rochon: Parce qu'on a de l'information là-dessus. On a tout un dossier qu'on pourra échanger avec vous, là. Vous avez peut-être un autre dossier puis il y a peut-être une face de la lune qu'on n'a pas vue.

Mme Bourassa (Christiane): M. le Président, j'aurais peut-être quelques mots à ajouter.

M. Rochon: Oui.

Mme Bourassa (Christiane): Je pense que oui. Si, justement, on les comparait équivalent pour équivalent, si on bâtissait une valeur à ces régimes-là, oui,

les régimes collectifs sont plus généreux, M. le Président.

M. Rochon: Bon.

Mme Bourassa (Christiane): Le problème que ça pose, c'est au niveau de l'intégration, parce qu'il y a des différences...

M. Rochon: Oui.

Mme Bourassa (Christiane): ...comme, par exemple, au niveau de la définition des enfants, comme, par exemple, au niveau des plafonds, comme, par exemple, au niveau de la couverture des enfants.

M. Rochon: O.K.

Mme Bourassa (Christiane): Alors, si on veut maintenir les coûts au niveau où ils sont à l'heure actuelle, il faut...

M. Rochon: C'est ça.

Mme Bourassa (Christiane): ...faire des réaménagements.

M. Rochon: C'est ça. D'accord.

Mme Bourassa (Christiane): C'est les choses dont on parlait qui nécessitent...

M. Rochon: Donc, ma question principale... Parce que, ça, je présume... On peut dire que ça prend six mois, neuf mois ou un an pour faire ces réaménagements-là. Ça, vous nous avez dit que vous pensez que ça prend un an. Nous, on pense que ça peut se faire en six mois. Mais on peut toujours voir, une fois... Mais je pense que ce qui découlerait... ce qui nous aiderait peut-être, tout le monde, c'est qu'on ait finalement un projet de loi, puis on sait où on s'en va, puis là on va toujours bien voir, après, combien de temps ça va prendre pour le mettre en place.

Les assureurs nous ont dit que si on se donnait la fin de juin pour avoir les paramètres en place et les règlements passés et que ce soit clarifié, si on se donnait le mois de septembre comme point de repère pour les négociations et ce qu'il y a à établir, on pense qu'on pourrait être bons pour s'ajuster pour le mois de janvier. Donc, il y a des estimations entre six mois et 12 mois. Ça pourra s'ajuster.

Mais ma question, c'est que, si on s'entend avec les régimes collectifs, ils sont plus généreux que les paramètres de base qui seront proposés, qu'est-ce qui va empêcher que la concurrence continue, comme elle se fait actuellement, entre le système des régimes collectifs, où il y a employeur, employés, syndicat qui, ensemble, avec les assureurs, ont développé tout un marché? Est-ce que tout ce qu'on ne dit pas avec ça, c'est qu'on veut

avoir quelque chose de base pour que l'ensemble des citoyens qui ne sont pas couverts le soient et pour s'assurer que l'évolution des régimes maintienne au moins ça?

Mais, comme vous êtes déjà un cran plus haut, qu'il y a déjà une compétition qui existe là, qu'est-ce que ça va empêcher? Ça peut même la susciter, de façon intéressante, la compétition entre les régimes, au bénéfice, peut-être, autant des employeurs que des employés.

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

Une voix: D'autant plus que la tarification va être maintenue. La tarification des assureurs va être maintenue.

M. Garon (Jacques): M. le Président, M. Lafrance.

M. Lafrance (Francis): Merci, M. le Président. Le problème, c'est que ça va, à certains égards, trop loin. Entre autres, on a soulevé la question des enfants, la protection à 100 % des enfants, sans franchise, et particulièrement pour les enfants de plus de 18 ans. Alors, ça, en soi, c'est plus loin même que ce qui était prévu dans le rapport Castonguay. On se pose même la question: Est-ce que c'est nécessaire, justement, d'aller si loin que ça? Et si on faisait des adaptations à ce niveau-là, où, justement, on permettrait d'avoir des balises vraiment de base à tous les niveaux... Parce qu'on peut dire, de façon générale... Mais il faut vraiment, comme vous le savez, que les régimes soient au moins aussi bons au niveau de chacun des paramètres, incluant notamment la question des enfants, la couverture pour les enfants de moins de 18 ans, et de plus de 18 ans particulièrement.

Alors, ces éléments-là, s'ils étaient effectivement repensés, ça permettrait un ajustement. Mais l'harmonisation n'est pas facile. Parce que même la définition d'«enfant» qui est ici ne concorde pas avec la définition d'«enfant» qui est dans les régimes collectifs. Et l'administration peut devenir lourde s'il faut supporter plus de deux définitions... au moins deux définitions dans les régimes.

Alors il faut... Ce sont des éléments comme ceux-là qui font en sorte qu'on pourrait dire, de façon générale, oui, mais, de façon précise sur chacun des éléments pointus, eh bien, ce n'est pas exact. D'ailleurs, ce qui est un peu malheureux et déplorable — et on l'a noté pendant la fin de semaine — c'est que même les journaux ont commencé à annoncer... Vous avez parlé tout à l'heure de partenaire, que tout le monde était partenaire dans ce régime-là. Eh bien, les journaux ont déjà annoncé, pendant la fin de semaine, des modalités du régime alors qu'on est en commission parlementaire et que le projet de loi n'est pas adopté. Au niveau des enfants, par exemple, qui ne seraient pas cotisés...

• (21 heures) •

M. Rochon: Je m'excuse, monsieur, là! C'est nous autres qui l'avons payée, cette publicité-là. Je sais ce qu'on a mis dedans, là. Ce qu'on a dit, c'est de l'information à la population sur le projet de loi qui est présenté. C'est pour informer la population sur le projet de loi avec une ligne d'information où les gens, s'ils veulent savoir ce que ça veut dire, ce projet de loi là, pour eux, qu'ils puissent avoir l'information. On n'a pas annoncé ce que va être le régime.

M. Lafrance (Francis): Mais ce serait peut-être difficile...

M. Rochon: Bien oui.

M. Lafrance (Francis): ...M. le Président, si je peux me permettre, par la suite, de reculer, au niveau des enfants, par exemple, pour les plus de 18 ans, si c'est comme ça qu'on le voit.

M. Rochon: Non, non, non. Je m'excuse, M. le Président, mais il faut faire attention là-dessus, là. Parce que, quand il y a un projet de loi, je pense que la population comprend ça, qu'il y a un projet de loi, qu'on l'informe du projet de loi. Et, quand la loi va être adoptée, si la loi est différente à certains égards de ce qu'était le projet de loi, on va informer la population qu'après discussion, après avoir entendu les gens, après l'étude article par article, on a maintenant une loi qui diffère du projet. Et, en général, les lois font certaines modifications. Je pense qu'on peut faire confiance à la population, qui va voir la différence entre un projet où on l'informe sur les intentions du gouvernement... puis, après ça, on va l'informer sur ce qui aura été adopté par l'Assemblée nationale. Je veux juste ne pas laisser glisser ça, là, parce que c'est dans le ton de ce qu'on dit, qu'à partir d'une information on l'agrandit puis on généralise pour lui faire dire un peu d'autres choses que ce qu'est la réalité, dans ce cas-là. Alors, ça, je m'excuse, mais je ne peux pas le laisser passer. Je «peux-tu» vous poser une dernière question?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dernière, dernière, et petite, courte réponse, si c'est possible.

M. Rochon: Vous faites référence beaucoup à tout ce que sont les facteurs réels qui influencent terriblement la dynamique de l'économie du médicament et les coûts des médicaments: le virage ambulatoire, des nouveaux médicaments qui nous arrivent sur le marché, des médicaments de plus en plus coûteux. Mais, tout ça, c'est là, c'est un fait, ça fait partie de la réalité. On peut le regarder et l'analyser pendant longtemps pour voir jusqu'où ça va aller; pendant ce temps-là, ça va continuer à monter. Ce qui est proposé là, c'est qu'on en sait probablement assez pour intervenir et commencer à la gérer, cette réalité-là qui n'est pas gérée présentement. Et vous ne pensez pas que, si on prenait encore pas mal

de temps pour regarder comment ça va puis comment ça monte, on aurait juste quelque chose de plus en plus difficile à gérer, parce que ça fait déjà un bout de temps qu'on le laisse aller un peu hors contrôle et qu'il semble y avoir une accélération de ce côté-là? Est-ce qu'on n'a pas intérêt à tenter de faire un peu accélérer, d'aller le plus vite possible, quand même, disons dans la mesure du possible?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Courte réponse, s'il vous plaît.

M. Garon (Jacques): Oui. M. le Président, je suis tout à fait d'accord avec le ministre, mais ne pensez-vous pas, en même temps, qu'il y a énormément d'informations à faire connaître au public pour que l'on puisse influencer le prix de tout le système, non seulement en ce qui concerne la surconsommation, mais la sousconsommation des médicaments? Et, ça, ça prend énormément de temps.

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

M. Marsan: Oui, M. le Président. Le ministre vient de nous dire qu'il a payé des annonces pour dire que les enfants de 18 ans et plus seraient assurés. Nous, on souhaite, on veut le croire, mais on a hâte de voir ça intégré dans le projet de loi. Ce n'est pas marqué. C'est comme le 176 \$. L'Assurance-vie Desjardins dit que c'est rendu 230 \$. Le 350 \$ familial, bien, lui, il est rendu à 600 \$. C'est de ça qu'on aurait besoin pour vraiment travailler. Et, à partir des données qu'on recevrait, là, je pense qu'on serait en mesure de mieux projeter ce que pourrait être un véritable programme ou plan d'assurance-médicaments.

Je voudrais quand même, en terminant, vous demander: Vous faites état, à la page 11 de votre mémoire: «Les employeurs risquent d'être de moins en moins enclins à offrir un régime d'assurance-médicaments à leurs employés, puisque ces derniers pourraient s'assurer individuellement auprès d'un assureur à des prix très concurrentiels.» Alors, ça veut dire que, actuellement, il y a des conventions collectives qui sont négociées qui permettent une certaine bonification, dans plusieurs cas, des programmes d'assurance-médicaments, et, ça, bien, ça serait perdu pour les travailleurs à l'intérieur d'une convention collective négociée. C'est bien ce que vous voulez nous dire?

M. Garon (Jacques): Bien, à l'intérieur d'une convention collective, c'est un peu difficile à évaluer, mais le fait est que, si on se base sur 176 \$ plus 100 \$ de coassurance, c'est 276 \$. Nous avons l'impression, compte tenu de l'incertitude qui entoure les coûts des régimes collectifs pour les employés, qu'il pourrait y avoir effectivement une désincitation pour certains employeurs, ou, en tout cas, une incitation pour les

employés à s'en aller plutôt vers des régimes individuels que de rester dans les régimes collectifs.

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

M. Marsan: Oui. Bien, encore une fois vous remercier, d'abord, bien sincèrement pour votre présentation, aussi pour avoir suscité les échanges que nous avons eus. Je retiens, dans votre mémoire, en guise de conclusion, entre autres, que vous considérez que le projet de loi est en train de s'éloigner quand même considérablement des recommandations du rapport Castonguay en ce qui a trait à un véritable régime d'assurance-médicaments privé pour la majorité des citoyens. Je retiens également — et je pense que c'est important — que votre groupe, la représentation que vous nous faites, comme les autres groupes qui vous ont précédés, de façon largement majoritaire, eh bien, vous souhaitez que le projet de loi puisse être réétudié de façon plus approfondie. Vous souhaitez qu'il y ait des groupes de concertation, qu'on prenne le temps qu'il faut pour être certains qu'on va doter la société québécoise, les Québécois et les Québécoises, d'un véritable système d'assurance-médicaments. Alors, je vous remercie bien sincèrement pour votre présentation.

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

M. Rochon: Bien, je vous remercie beaucoup aussi. On peut vous assurer qu'on va refaire nos devoirs quatre fois plutôt qu'une, on va tout réexaminer ça dans les prochains jours. On va sûrement avoir le temps de faire le tour. On va relire attentivement votre mémoire, parce que je vous avoue qu'à première lecture rapide, là, moi, il y a plusieurs choses qui m'apparaissent pour le moins des imprécisions, surtout quand vous faites référence aux différences entre ce qu'il y a actuellement et le rapport du groupe Castonguay. Mais on va le regarder sous toutes ses coutures, on va tirer tout ce qu'on peut en tirer et on va sûrement tenir compte de ce que vous nous dites. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de la commission, merci beaucoup.

J'invite maintenant les représentants de l'Ordre des pharmaciens du Québec à s'approcher.

À l'ordre, s'il vous plaît! Nous recevons maintenant les représentants de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Vous avez 20 minutes de remarques préliminaires avant l'échange, et j'apprécierais que vous présentiez, Mme la présidente, les gens qui vous accompagnent, leur nom et leurs titres, s'il vous plaît.

Ordre des pharmaciens du Québec

Mme Matte (Janine): Alors, M. le Président, à ma gauche, je veux vous présenter M. Richard Blais,

qui est trésorier de l'Ordre des pharmaciens du Québec, à ma droite, M. Alain Boisvert, qui est directeur général, et, à mon extrême droite, Mme Danielle Fagnan, qui est agente de développement.

M. le Président, au tout début, je voudrais spécifier que ma présentation ne respecte pas nécessairement l'ordre de notre mémoire et, deuxièmement, que nous avons une coquille rédactionnelle à la page 29 de notre mémoire, où on parlait d'une mesure d'évaluation en ce qui concerne la revue d'utilisation rétroactive. Alors, il faudrait biffer le mot «rétroactive».

● (21 h 10) ●

M. le Président, au nom des membres de notre bureau, je désire exprimer nos remerciements pour l'occasion qui nous est offerte de présenter notre point de vue et d'échanger avec les membres de la commission. L'Ordre des pharmaciens du Québec a pour mandat d'assurer la protection du public, et c'est à ce titre qu'au fil des ans nous avons développé une connaissance approfondie des rouages du monde pharmaceutique pour ainsi être capables d'intervenir sur la place publique auprès des gouvernements et dans le monde des affaires sur toute question touchant l'usage des médicaments. C'est à ce titre que nous désirons partager notre expérience avec vous.

M. le Président, l'Ordre des pharmaciens appuie l'établissement d'un programme général d'assurance-médicaments. Nous sommes en accord avec les orientations générales du projet de loi n° 33, et je présenterai ici les sept éléments ou aspects qui nous semblaient être déterminants et sur lesquels nous aimerions nous prononcer.

Contribution requise du citoyen. Les niveaux de contribution nous paraissent raisonnables et équitables. Ils nous semblent le prix à payer pour un régime d'assurance-médicaments plus efficient et plus équitable que l'ont été les programmes précédents. Leur implantation devra faire l'objet d'un système de suivi très souple et structuré de façon à détecter rapidement les clientèles à risque et tout impact négatif sur la consommation des médicaments dits essentiels. L'Ordre des pharmaciens suggère d'appliquer un plafond trimestriel. Ceci aurait pour effet d'étaler dans le temps la contribution et, par ricochet, de la rendre acceptable. Une campagne d'information et de sensibilisation, principalement auprès des gens âgés et des clientèles à risque, nous semble essentielle. Celle-ci doit être orchestrée avec les différents intervenants auprès des gens concernés.

Gratuité chez les enfants. Ce programme de gratuité chez les enfants de zéro à 18 ans est souhaitable, mais nous apportons une réserve qui conduit à la prudence. Nous croyons qu'avant de décréter cette gratuité il est sage de l'analyser sous tous ses angles. Notre propos concerne deux facteurs principaux. Premièrement, l'enfant, à partir de l'âge de 12 ans, reçoit des médicaments ainsi que des doses applicables à l'adulte. Il y a donc risque que la gratuité conduise à des transferts de coûts à partir de la population adulte, qui, elle, a à déboursé une coassurance et une franchise. Il y a

donc des balises à instaurer et des précautions à prendre. Il est vrai de dire que le coût de la couverture de la médication pour les jeunes serait peu élevé si on l'analyse, avec les données actuelles, en fonction des médicaments qui leur sont prescrits, mais avons-nous évalué pour ce groupe de la population la dépense de médicaments en vente libre? Force est de constater que les parents ont recours à l'automédication pour traiter leurs enfants et que le pharmacien joue un rôle primordial dans le conseil et l'autotraitement de cette classe de la population. On n'a qu'à penser aux petits bobos, à l'acné, aux infestations de poux. Il y a lieu de craindre une médicalisation de cette population et un transfert vers un médicament gratuit qui sera assumé par le programme.

Par contre, cette gratuité chez les jeunes offrira dorénavant aux étudiantes de recevoir gratuitement leurs anovulants plutôt que de demander et quémander à leur ami de les payer ou encore d'utiliser ceux de leur mère ou de leurs amies et de ne pouvoir s'en procurer à cause d'un manque d'argent. Pour avoir travaillé avec cette classe de la population et comprendre leurs problèmes, je considère cette mesure louable. Elle mérite d'être soulignée fortement, et soyez assuré, M. le Président, que nous ferons en sorte qu'elles reçoivent les services pharmaceutiquement requis pour cette classe de médicaments et toute l'attention nécessaire afin d'en faire des consommatrices averties et prudentes. Nous nous interrogeons sur le programme MTS du ministère et souhaitons ardemment que ce programme de gratuité soit conservé.

De plus, l'Ordre des pharmaciens suggère fortement que les actes pharmaceutiques cliniques qui favorisent une utilisation optimale de la médication, tels que le refus et l'opinion, soient exemptés de toute contribution, franchise et coassurance. Ces actes doivent être offerts à tous les Québécois selon des normes qui seront à établir, et nous proposons que, dans l'éventualité où le fichier central ne serait pas établi, la RAMQ assume un paiement direct au professionnel qui produit cet acte pharmaceutique non relié à la dispensation.

J'aborde maintenant la partie essentielle de ma présentation, celle qui traite de la notion, du concept de «pharmaceutiquement requis», qui est au coeur même de notre profession. La notion de service requis au point de vue pharmaceutique sera un élément central du succès ou de l'échec éventuel du nouveau régime d'assurance-médicaments. L'impact de la définition retenue sera ressenti au niveau de la qualité aussi bien que des résultats et des coûts du programme. L'une des erreurs les plus coûteuses serait de réduire le rôle du pharmacien à celui d'un simple distributeur. L'Ordre des pharmaciens croit fermement que c'est un service pharmaceutique de qualité qui est le plus à même de juguler la hausse des coûts du programme et de prévenir les autres coûts de santé reliés à la sur ou sous-utilisation.

Ce service est également essentiel à l'atteinte des objectifs de santé du programme. Les pharmaciens, lorsqu'ils interviennent, réussissent à faire changer la

prescription du médecin et à modifier la thérapie médicamenteuse d'un patient. À cet effet, des études sur l'opinion pharmaceutique au Québec ont démontré que les médecins respectaient la recommandation du pharmacien dans 85 % des cas. De plus, quatre opinions sur 10 entraînaient une rétroaction de la part du médecin auprès du pharmacien, ce qui signifie que ces deux professionnels entrent en interaction et discutent au sujet de la thérapie d'un même patient. Et 42 % des opinions portent sur le dépistage d'effets secondaires et l'inobservance du traitement. Toutes les prescriptions ne comportent pas un problème. Il est estimé que 5 % des ordonnances nécessitent l'intervention du pharmacien. À titre d'exemple, un pharmacien qui dispense 200 ordonnances par jour ne reçoit pas 200 problèmes par jour, mais, plutôt, devra gérer environ 10 cas de problèmes pharmacothérapeutiques par jour, qui pourraient se traduire par un acte clinique distinct de celui de la dispensation.

Nous croyons fermement que, par le passé, la notion de «pharmaceutiquement requis» n'a pas été suffisamment exploitée et que ceci explique en partie les problèmes d'utilisation non appropriée des médicaments et des coûts mal contrôlés. À l'heure actuelle, exception faite de l'opinion et du refus et de la pharmacothérapie initiale, la gamme des services remboursés est réduite à sa plus simple expression: l'exécution et le renouvellement. Sous un même acte professionnel assorti d'un tarif d'honoraires unique, on regroupe ainsi des situations thérapeutiques extrêmement variées, dont certaines commandent des interventions critiques pour la santé du patient et d'autres une simple supervision professionnelle. C'est pourtant sur cette base que s'effectue le remboursement du pharmacien communautaire. Il en résulte un nivellement par la base des responsabilités du pharmacien, et nous demandons que ce système soit remplacé par des honoraires modulés de dispensation.

L'Ordre des pharmaciens recommande que la confection initiale de la nouvelle liste des actes pharmaceutiquement requis tienne compte du caractère exceptionnel et novateur de cette démarche, qu'elle soit initialement confiée à un groupe élargi comprenant des représentants de l'Ordre, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, des pharmaciens des établissements de santé, des représentants du ministère ainsi que des assureurs privés et de la RAMQ. Par la suite, la liste serait transmise aux tables de négociation à des fins de tarification et de réalisation.

La définition du «pharmaceutiquement requis» devra en plus prendre en considération la fréquence à laquelle les services sont rendus. La question de la fréquence prendra plus d'importance dans un contexte d'honoraires modulés et devra faire l'objet de normes afin d'éviter une surutilisation. Toutes les activités doivent permettre de mesurer les bénéfices apportés par les actes: la fréquence, les types et le temps utilisé pour les produire. Tous ces contrôles devront se faire sans nuire à la qualité des soins pharmaceutiquement dispensés. Comme cette notion de «pharmaceutiquement requis» revêt un caractère quasi normatif et exerce un impact sur

la qualité des services rendus, il ne nous apparaît pas acceptable que le «pharmaceutiquement requis» soit déterminé par règlement du gouvernement après la seule consultation de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il nous apparaît essentiel d'être consultés, et nous nous questionnons sur l'opportunité de procéder ici par voie de règlement.

La Revue d'utilisation des médicaments. L'Ordre des pharmaciens prône depuis plusieurs années l'instauration de la Revue d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire. Depuis un an que nous discutons concrètement avec le Collège des médecins, le ministère et la RAMQ, nous avons cru avoir fait des progrès. Mais voici que nous revenons à la case départ. Nous réitérons notre volonté de participer activement au développement et aux activités de la Revue d'utilisation des médicaments. Nous voulons nommer notre représentant, un seul et unique, au même titre que les facultés, la RAMQ, le Réseau RUM en milieu hospitalier et les assureurs.

La Revue d'utilisation des médicaments doit communiquer avec les professionnels concernés en utilisant le seul canal possible, c'est-à-dire les corporations professionnelles. L'Ordre des pharmaciens recommande qu'en aucun cas la Revue d'utilisation ne doit laisser intervenir directement la RAMQ dans l'exercice professionnel et intervenir dans la relation patient-pharmacien. L'Ordre des pharmaciens possède toute l'autorité pour intervenir et agir auprès de ses membres via l'inspection, l'éducation continue et, dans les cas les plus extrêmes, avec le syndic. Et nous voulons être les seuls à le faire. En aucun cas un organisme-payeur ne peut accaparer ces fonctions. La RAMQ doit n'avoir qu'un rôle de support, dans le sens qu'elle possède les banques de données et qu'elle doit rendre disponibles les informations nécessaires au bon fonctionnement du Comité de revue de l'utilisation. Il n'y a aucune justification pour qu'il soit basé à la RAMQ et que son secrétariat y soit assumé. Il est primordial de dissocier la Revue d'utilisation de la RAMQ afin d'éliminer que la Revue soit perçue comme une mesure coercitive et que nous soyons incapables — et je dis bien «incapables» — d'obtenir les résultats bénéfiques que nous attendons. Le fait de suivre notre recommandation confirmerait que la Revue d'utilisation est, dans les faits, une évaluation par les pairs, opérée par les pairs dans une mesure de recherche de l'assurance de la qualité.

Nous avons eu des échanges avec les organismes qui se sont présentés devant vous la semaine dernière et qui ont fait des interventions. Nous sommes ouverts à la discussion et prêts à analyser les possibilités de fusion. Mais tous ont une même compréhension de la problématique. La RAMQ ne doit avoir qu'un rôle de support relatif à l'utilisation de ses banques de données.

● (21 h 20) ●

M. le Président, en tant que présidente de l'Ordre des pharmaciens, je demande aux membres de la commission de porter un regard très arrêté et avec le plus de sérieux possible sur les articles 69 à 76 de la section III

du projet de loi n° 33. C'est pourquoi nous demandons qu'on retire du projet les articles 69 à 75 et que le gouvernement implante par voie de simple décret, dans le cadre de la loi existante, le programme de Revue d'utilisation des médicaments.

M. le Président, je vous invite à profiter du momentum extraordinaire qui existe actuellement, à savoir que le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens collaborent ensemble et font équipe dans le but d'assurer une thérapie médicamenteuse de qualité à un coût raisonnable à l'ensemble des Québécois, et de faire en sorte que les médecins et les pharmaciens comprennent l'importance de collaborer et de s'impliquer.

La liste des médicaments. Nous sommes d'accord avec la constitution recommandée du CCP. Le CCP est un organisme respecté qui est souvent utilisé comme référence autant pour sa gérance que pour son impartialité et la qualité de ses décisions. À l'occasion, le CCP peut se retrouver dans des controverses comme celle avec le Betaseron, mais ne perdons pas de vue qu'il s'est bien acquitté de ses tâches et de ses fonctions, et cela depuis les 20 dernières années. Le formulaire doit être élargi, avec les objectifs de permettre la gestion des épisodes de soins, de ne pas nuire au maintien à domicile, d'encourager le virage ambulatoire et d'y enlever les obstacles.

L'ordre des pharmaciens recommande qu'un seul formulaire de base existe au Québec et qu'il puisse couvrir aussi bien le milieu des établissements de santé que le milieu ambulatoire. L'Ordre des pharmaciens demande que les fournitures médicales qui rendent l'utilisation possible de certains médicaments ou encore leur monitoring soient incluses dans la couverture du régime général. Ces produits doivent donc être homologués et un tarif établi. De plus, dans tous les cas, ces produits énumérés ci-dessus doivent être exemptés de la franchise et de la coassurance et être traités de façon identique au programme offert actuellement aux diabétiques concernant les seringues à insuline. Ces fournitures doivent s'inscrire dans le cadre de la politique de santé afin d'assurer des alternatives à l'hospitalisation et au développement extrahospitalier.

La règle des 15 ans. Cette règle prive le gouvernement d'économies évaluées à 30 000 000 \$. La règle des 15 ans doit être abolie, ne serait-ce que par respect pour les assureurs, pour qui le gouvernement ne peut imposer de charges découlant de sa propre politique, et les consommateurs à petits revenus dont le régime exige une contribution.

Vente des médicaments par les établissements. L'Ordre des pharmaciens endossera la distribution des médicaments prévue au niveau des établissements de santé si elle est ciblée sur des clientèles particulières requérant des services pharmaceutiques spécialisés. L'idée de fournir à la population en général des médicaments et des produits pharmaceutiques à partir des hôpitaux n'est pas nouvelle. Elle a souvent été perçue par les administrateurs hospitaliers comme un centre potentiel de financement extrabudgétaire, comme étant un élément

de solution aux problèmes de budgétisation. Une telle situation entraînerait des effets pervers dont les conséquences effaceraient tous les bénéfices.

Nos préoccupations face à une telle possibilité sont: éviter le retour de la circulaire «malades sur pied», qui a des bris de continuité — la circulaire est une anti-thèse au maintien au domicile — éviter d'endommager la viabilité des pharmacies privées; renforcer la continuité des soins; appuyer le virage en évitant de faire obstacle aux soins ambulatoires; diminuer les structures administratives et éviter les problèmes des effectifs en pharmacie d'hôpital. L'article 76, paragraphe 4°, devrait spécifiquement être restreint à des services dont l'expertise réside uniquement au niveau des départements de pharmacie.

L'identification des cas, conditions et catégories de patients ne devrait s'effectuer que suite à une consultation avec l'Ordre des pharmaciens. Les établissements de santé reconnus devront être assujettis aux mêmes exigences normatives que les pharmacies d'officine. Ceci signifie l'obligation de l'article 18 de la pharmacie: la surveillance constante par un pharmacien, l'espace confidentiel et le respect intégral des normes apparaissant au Règlement sur la tenue d'une pharmacie. Ils devront aussi participer au réseau informatique que la RAMQ travaille à mettre sur pied, à la transaction en temps réel et à l'interaction entre les professionnels des pharmacies privées et institutionnelles.

Les services doivent être remboursés non pas sous forme de paiement à l'acte, mais plutôt sous forme de transfert d'enveloppes après avoir évalué de façon juste le coût pour un établissement pour offrir des services à la clientèle ambulatoire. Le prix de vente garanti devrait s'appliquer à la vente de médicaments aux établissements de santé.

Le rôle des CLSC doit être limité aux mécanismes de coordination, de complémentarité au niveau des services entre les différents milieux de pratique. L'Ordre des pharmaciens recommande que la contribution financière de la clientèle des CHSLD soit envisagée de façon analogue à celle des patients ambulatoires afin de maintenir l'incitatif aux soins ambulatoires.

Fichier central, information. L'Ordre des pharmaciens appuie la création d'un fichier central de données et d'un système d'information permettant de relier de façon interactive les pharmacies et les établissements qui offriront des services pharmaceutiques en ambulatoire et la dispensation des médicaments. Afin de minimiser les craintes justifiées de la population, il y a lieu d'analyser la faisabilité d'utiliser la carte Index. L'Ordre des pharmaciens recommande une banque unique, centralisée, des données provenant des fichiers de la RAMQ et des assureurs privés. Nous déplorons le fait que les assureurs ne soient pas obligés d'y participer. Le système doit valider toutes les composantes administratives du régime de façon à ce que le pharmacien se consacre uniquement à son rôle professionnel. Nous nous opposons à ce que le pharmacien communautaire devienne l'agent délateur des contrevenants. Il ne doit jamais

avoir le rôle ingrat de refuser un médicament pour des motifs d'admissibilité; il ne doit refuser de fournir un médicament que pour des motifs professionnels. Il faut, on le sait, songer aux implications administratives, principalement pour les travailleurs saisonniers et les gens qui se présentent à la pharmacie pour l'exécution d'une première ordonnance.

La confidentialité des données nous préoccupe au plus haut point. Prenant l'exemple d'un gouvernement qui a choisi de faire gérer la confidentialité d'une partie de la banque de données par une corporation professionnelle, nous offrons notre collaboration et sommes prêts à jouer un rôle prépondérant dans ce secteur. Nous sommes proactifs et, après avoir entendu ce qui a été dit ici sur les banques de données la semaine dernière, nous sommes en mesure de vous annoncer que nous aurons des rencontres d'ici 15 jours avec M. Comeau, de la Commission d'accès à l'information, et nous nous engageons à revoir dans leur ensemble les systèmes informatiques des pharmacies en regard de la confidentialité des données et de l'extension des systèmes. Il nous importe de prévenir toute diffusion d'informations confidentielles à l'extérieur du canal de diffusion composé des professionnels de la RAMQ et des assureurs privés. À ce niveau, nous évaluerons comment encadrer les firmes d'informatique, les pharmacies et les réseaux de pharmacies.

Aviseur thérapeutique. L'Ordre des pharmaciens est prêt à jouer le rôle de gestionnaire de l'aviseur thérapeutique, tout comme le Collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique s'est vu confier ce mandat par le gouvernement de sa province. Il serait cependant nécessaire d'évaluer plus en profondeur l'expérience de cette province de manière à éviter la répétition d'erreurs toujours possibles. L'aviseur est un outil d'aide à la décision, il n'a rien à voir avec la prise de décision comme telle. Il donne une valeur ajoutée, comme n'importe lequel, mais en aucun cas il ne remplace le jugement du professionnel pour un patient dans une situation donnée.

La politique du médicament. Enfin, le ministre a parlé la semaine dernière de politique du médicament. L'Ordre des pharmaciens appuie le ministre dans le développement d'une politique du médicament qui aurait pour mission l'application, la concertation, la coordination entre tous les comités et les groupes de travail afin de s'assurer que chacun s'acquitte efficacement de ses responsabilités.

M. le Président, en terminant, je veux exprimer le désir que nous avons de collaborer avec vous dans ce projet d'offrir aux Québécois un programme général d'assurance-médicaments. Je veux aussi vous rappeler que les pharmaciens sont, parmi les professionnels de la santé, ceux qui sont le plus facilement accessibles sans rendez-vous, qu'ils jouent un rôle primordial en santé, que cela soit en milieu ambulatoire ou hospitalier. Ils arrivent au premier rang dans l'estime et le respect des gens. Ils influencent positivement le profil des prescriptions dans les deux milieux de pratique.

Je suis maintenant prête, avec mes collaborateurs, à répondre aux questions des membres de la commission. Merci.

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

M. Rochon: Merci beaucoup, M. le Président. Je vous remercie beaucoup; vous nous avez préparé un mémoire qui a beaucoup de contenu. Je pense qu'on va devoir même passer un peu plus de temps pour aller au fond. Je veux vous remercier aussi, d'entrée de jeu, pour votre collaboration, non seulement ici, devant la commission, mais comme vous le dites, on l'a sentie au cours des dernières années, peut-être particulièrement au cours de la dernière année, dans toute la préparation qui a mené à ce projet de loi là, avec la mise en place de certains mécanismes comme la Revue d'utilisation des médicaments, où, comme vous l'avez dit, l'Ordre des pharmaciens, avec le Collège des médecins, ont vraiment collaboré de façon très critique, mais de façon correcte et de façon très positive, avec le ministère et la Régie.

Il y aurait beaucoup de questions. Je vais y aller selon ce que le temps nous permettra. Au besoin, on fera un suivi avec vous après avoir étudié en détail votre mémoire. Je vais commencer par une première question, justement au sujet du RUM — du RUM ou du ROM, dépendant de comment on est...

Une voix: Quels goûts on a. Tant que ce n'est pas «rhum and coke», ce n'est pas pire.

M. Rochon: Ça dépend si on pense à la prévention ou au traitement...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Sérieusement, il y a deux choses que vous soulignez par rapport à ça, deux éléments. L'un est la question de la personne représentant ou venant de l'Ordre des pharmaciens. Le projet de loi, effectivement, dit qu'à partir d'une liste de trois noms qui sont soumis le ministre va faire le choix. À ma connaissance, l'intention dans la préparation de cet article, comme pour le choix des médecins, d'ailleurs, qui sont là-dessus, était de donner la possibilité que des suggestions soient faites par le Collège, l'Ordre et les fédérations des différents groupes et que, voyant l'ensemble des noms suggérés, le ministre puisse faire le meilleur équilibre possible de complémentarité dans l'équipe, dépendant des profils de chacune des personnes.

• (21 h 30) •

Maintenant, vous semblez tenir beaucoup à ce que l'Ordre soit plutôt en position de désigner, de suggérer une seule personne. Je peux peut-être vous entendre un peu plus là-dessus, parce que, comme je vous le

disais, on avait une intention... Je vais vous poser deux questions là-dessus et je vous laisse aller. Nous, là, l'intention était de chercher plus de flexibilité. S'il y a des raisons, pour vous, pour lesquelles c'est vraiment très important de procéder autrement, je pense qu'on va être très ouvert à considérer ça.

Une autre suggestion que vous faites, c'est que, tous les articles qui décrivent la révision des médicaments, 69 à 76, vous suggérez que ça soit fait par décret plutôt que dans la loi. Bon. Effectivement, on aurait le choix de procéder des deux façons. D'y aller par la loi, c'était un souci de pouvoir démontrer dans la loi... Et on va proposer qu'on rajoute quelque chose de précis au sujet de la politique, aussi, du médicament au début du projet de loi. Si on identifie qu'il va y avoir une politique, on décrit le fonctionnement du régime, on identifie la Revue d'utilisation des médicaments et le Conseil consultatif de pharmacologie, de sorte qu'on ait une pièce de législation qui nous donne vraiment, de façon globale, articulée, comment ce régime-là va fonctionner. Ce n'est pas juste une liste de tarifs qui fait l'assurance. C'était ce souci-là, où on voulait...

Et on est toujours pris un peu dans le jeu, là. On nous dit: Vous en mettez trop dans les règlements, il faudrait que la loi en balise un peu plus large. Si on en met trop dans la loi, évidemment, il y a peut-être un peu moins de flexibilité. Dites-nous un peu plus pourquoi vous seriez réticents à ce qu'on laisse ça dans la loi pour les raisons que je vous donne. Parce qu'il y aurait d'autres raisons qui nous donneraient un mérite plus grand ou plus d'avantages de le faire par décret?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Matte.

Mme Matte (Janine): Suite à cette question-là... Disons que je ne connaissais pas votre orientation de tout réunir ça et de faire un tout ensemble. Donc, ça m'apparaît beaucoup plus logique, et je dirais maintenant que je changerais peut-être mon opinion et que je dirais: Oui, bien, ça a un certain bon sens. Mais, nous, c'était surtout au fait de la réglementation qu'il y avait dans la loi, où on donnait quand même certains pouvoirs à la Régie de l'assurance-maladie aussi, et ça, ça nous tracassait beaucoup, parce qu'on voulait vraiment que la corporation, les deux corporations, d'ailleurs, ensemble, jouent un rôle prépondérant là-dedans. Et on ne veut en aucun cas que des organismes autres que des corporations professionnelles fassent intervention directement auprès des professionnels concernés.

Pour ce qui est du membre nommé, on tenait vraiment à pouvoir nommer une personne de notre choix, qui n'est pas un permanent mais qui est un membre élu, à siéger, tout comme ça se fait avec les universités et les autres. Je pense que c'est quand même important. Si on veut s'impliquer à fond, je pense qu'on doit se choisir une personne, la nommer et lui donner un mandat clair de collaborer et de fonctionner. Et ça, ça nous apparaissait très important.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Complément de réponse?

M. Boisvert (Alain): À propos de l'assise légale, les deux principaux problèmes que l'Ordre des pharmaciens a entrevus depuis un an à la possibilité qu'il y ait une assise légale au Comité RUM étaient les suivants. Le premier problème qu'on entrevoyait était un problème de connexité avec la nouvelle structure ou la nouvelle assise légale et celle qui provient du Code des professions à propos des comités d'inspection professionnelle et, à la limite, avec les dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie concernant les comités de révision des actes. On conçoit que, dans les trois cas, ce sont trois comités qui ont des mandats bien définis dans chacune des législations en question. Mais, pour les professionnels sur le terrain, nous avons pu constater que cette compréhension-là n'était pas toujours faite et qu'il y avait un risque de confusion entre les mandats respectifs de l'Ordre, du comité de révision des actes de la Régie et du Comité RUM, qui ne sera pas un comité de la Régie, qui serait un comité, en vertu de la nouvelle loi, qui aurait sa propre assise et sa propre structure.

Alors, il y a peut-être un danger, aussi, que l'arrimage ne se fasse pas de la façon appropriée. Si on a deux comités, le comité d'inspection professionnelle, d'une part, et le comité RUM, d'autre part, qui ont chacun leur assise juridique, on a des craintes au niveau de la possibilité qu'il y ait le type d'interaction dont on a besoin pour faire de la Revue d'utilisation des médicaments un succès. Alors, c'étaient nos principaux griefs à l'endroit de la possibilité de procéder par voie légale.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): 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, et merci beaucoup à vous pour la qualité du mémoire que vous nous avez fait parvenir et d'avoir accepté également notre invitation.

Ma première question s'adresse davantage à la fameuse liste, ou le formulaire. Vous nous dites qu'«un formulaire trop restrictif entraîne des traitements incomplets et ne permet pas d'en assurer la qualité et la continuité. Il peut aussi faire obstacle au traitement ambulatoire des malades». Et, un peu plus loin, vous y allez de votre recommandation: «L'Ordre des pharmaciens opte plutôt pour un formulaire plus étendu.» J'aimerais vraiment vous entendre, parce que c'est un enjeu important, cette fameuse liste. Nous avons des craintes. Un peu plus tôt aujourd'hui, nous avons eu les représentants de l'association des personnes qui sont atteintes de la sclérose en plaques et qui avaient des médicaments extrêmement importants qu'ils souhaiteraient voir ajoutés au formulaire. Il semble que, bon, pour toutes sortes de raisons, ici, on les aurait refusés à ce moment-ci, avec l'impact où on peut retrouver des régimes privés qui assurent un médicament alors que le régime public ne

l'assure même pas. J'aimerais vous entendre, là, sur toute la problématique de cette fameuse liste.

Mme Matte (Janine): Alors, premièrement, nous, on croit qu'un formulaire élargi permet d'avoir une meilleure utilisation des médicaments. Beaucoup d'études ont démontré que les formulaires restrictifs amenaient des augmentations de coûts parce que, à ce moment-là, on tend à aller vers des substances qui sont beaucoup plus chères pour pouvoir assurer une gratuité dans le formulaire. La façon dont nous voyons le formulaire élargi. Nous croyons que le formulaire devrait être vraiment un formulaire sur lequel le pharmacien et le médecin pourraient... la base duquel le pharmacien pourrait utiliser de façon scientifique, mais que ce formulaire-là, par exemple, puisse avoir une certaine forme de médicaments d'exception. Dans le sens que, par exemple, si, moi, je souffre de la fibrose kystique, à côté de Janine Matte, il y a un code ou un signe à l'informatique qui dit que, Janine Matte, elle souffre de fibrose kystique et que, quand elle se présentera, par exemple, avec une prescription de vitamines, le champ ira vers fibrose kystique, autorisation de vitamines, puis le pharmacien, en temps réel, va voir qu'il y a un accès.

Je pense qu'avec les systèmes informatiques on peut vraiment se faire des outils pour avoir un formulaire élargi, avec accès pour des clientèles spécifiques, mais vraiment avoir un outil dans les mains. Parce que, là, présentement, c'est une simple liste de médicaments, et on peut difficilement s'y référer comme professionnel ou dire à nos étudiants d'utiliser cette liste-là comme référence. Donc, c'est important, je pense, que la liste, elle soit plus élargie, avec des possibilités d'accès sur différents niveaux selon les classes de gens.

Maintenant, vous faites relation au coût. Je pense que ce à quoi on doit réfléchir, c'est de penser que, par exemple, pour deux médicaments efficaces pour traiter une maladie et que ces deux médicaments-là ne produisent pas plus d'effets secondaires, on doit aller avec le médicament le moins cher pour permettre plus tard de donner un médicament à un coût élevé à quelqu'un. Mais il faut vraiment avoir certaines balises. C'est certain que, ce qu'on dit par «formulaire élargi», ce n'est pas de tout mettre et puis le ciel est la limite. Il faut avoir des normes, des balises, mais il faut quand même avoir un formulaire qui va permettre de traiter les gens.

Je vous donne un autre exemple. Par exemple, on arrive avec des gens qui sont en phase terminale, ils sont à l'hôpital. Ils ont le droit d'avoir des laxatifs parce qu'ils reçoivent de la morphine qui donne une constipation. Vous arrivez en milieu ambulatoire, vous ne pouvez pas parce qu'il faut qu'ils les paient. Alors, c'est le même épisode de soins qu'on prend dans un milieu puis qu'on amène en ambulatoire, puis là, en ambulatoire, on ne peut pas. Donc, il y a un illogisme là-dedans. Je pense qu'il faut prendre les soins puis faire notre formulaire en fonction de cas cliniques et dire: Dans tel cas clinique, c'est tel médicament, puis, avec un code, le pharmacien va pouvoir rentrer dans le système

informatique puis être capable de libérer ce médicament-là. Mais on ne veut pas dire qu'on va donner tous les médicaments à tout le monde tout le temps. Je pense qu'il y a lieu, maintenant qu'on est à repenser l'informatique à la RAMQ, de faire un formulaire qui va être logique, qui va donner un accès à des gens qui en ont besoin sans répartir partout le médicament.

M. Marsan: Merci.

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

M. Rochon: Oui. Justement, sur la liste, vous faites une suggestion qui n'est peut-être pas sans intérêt, là, qui est — je pense que c'est la première fois qu'elle nous vient — d'avoir aussi sur la liste des médicaments qui se consomment sans ordonnance. Est-ce qu'on ne peut pas craindre que... D'abord, en général, est-ce que c'est juste de dire que c'est des médicaments moins ou peu coûteux comparativement aux médicaments qui sont donnés avec une ordonnance, une prescription, une ordonnance du médecin? Et, si c'était le cas, est-ce qu'on ne risque pas, peut-être indirectement, là, d'encourager ou de favoriser une surconsommation de ces médicaments-là? Je trouve l'idée intéressante parce que c'est la première fois qu'on l'entend, mais j'ai de la difficulté à saisir quel avantage, sur le plan thérapeutique, on pourrait y trouver.

• (21 h 40) •

M. Boisvert (Alain): Habituellement, il y a une différence de coût entre les médicaments non ordonnancés et les médicaments prescrits qui est favorable aux médicaments non ordonnancés. Alors, si ces médicaments-là sont inscrits à la liste selon leur prix usuel et coutumier, normalement, d'une façon générale, ces médicaments-là ne devraient pas coûter plus cher que les médicaments d'ordonnance. Or, ce qu'on voit présentement, c'est que, dans des situations qui pourraient très bien se traiter par ces médicaments-là, les prescripteurs auront tendance à sélectionner plutôt un médicament d'ordonnance inscrit, lui, dans la liste et habituellement à un coût supérieur.

Alors, la raison pour laquelle on suggère une liste restreinte, ça va de soi, bien ciblée de médicaments non ordonnancés dans la liste des médicaments du Québec, c'est justement pour avoir l'effet inverse, pour éviter que des médicaments d'ordonnance plus coûteux ne soient utilisés en lieu et place des ces médicaments-là, qui sont, règle générale, des traitements de premier choix. Alors, on pense à plusieurs situations. Mme Matte a signalé le cas des laxatifs. Il y avait le fameux cas des antiacides, même s'il a généré une certaine controverse à l'époque, lorsqu'ils ont été retirés de la liste. On a eu deux points de vue qui se sont confrontés et qui continuent encore de se confronter. Mais il y a quelques autres exemples de cette nature qui nous font croire que certains médicaments peu coûteux, encore une fois, je le répète, pourraient être inscrits dans la liste des

médicaments non ordonnancés et qu'on pourrait en tirer un bénéfice à la fois thérapeutique et économique.

Mme Matte (Janine): Je voudrais juste donner un autre exemple, M. le Président. Par exemple, on voit qu'on n'a pas d'antihistaminique à la liste de médicaments présentement. Donc, moi, j'ai vu, dans ma pratique, des cas: traiter des urticaires avec de la Prednisone parce qu'on n'avait pas d'antihistaminique dans la liste. Donc, c'est quand même aberrant. Puis on peut s'imaginer, si on traite les 0-18 ans, qu'on ait des enfants, à un moment donné, qui ont un urticaire géant puis qu'on va leur donner de la Prednisone parce qu'on n'a pas de Benadryl gratuit. C'est la réalité, ça. Et, quand la personne se présente chez le médecin puis elle dit: Docteur, je n'ai pas une cent, là, il faut que vous me prescriviez quelque chose qui est payé, puis que le médecin, il faut qu'il prescrive quelque chose, bien, il s'assoit puis il regarde, il appelle souvent le pharmacien puis il dit: Qu'est-ce qui serait payé? Qu'est-ce qui aurait le plus de bon sens de donner puis qui serait le moins dangereux? Puis, finalement, on arrive des fois avec des transferts comme je vous dis là.

Donc, c'est important, je pense, d'analyser, pas juste prendre le formulaire avec des médicaments, mais prendre des situations cliniques, des cas. C'est quoi, les cas qu'on peut avoir concernant, par exemple, les anti-histaminiques? Puis qu'on se dise: Bien, on en met un. On aura au moins un médicament. Mais je pense que c'est tout ça qu'il faut revoir.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le député d'Argenteuil, suivi de M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. J'aurais deux questions. J'apprécie le commentaire que vous venez de faire. Il n'y a rien comme être sur le chantier pour mieux réaliser comment ça se passe vraiment. Je pense que c'est un élément de pratique que vous nous partagez qui est très important.

Vous avez soulevé tantôt le problème des médicaments de 15 ans, la règle des 15 ans. Je suis un petit peu étonné de voir les commentaires que vous en faites, parce que, quelques pages plus loin, vous parlez des pharmacies privées puis des pharmacies en établissement. J'ai l'impression que vous demandez pour les pharmacies privées ce que vous ne voulez pas donner aux médicaments éthiques. Ça m'apparaît pas mal pareil, parce que vous dites que vous avez des difficultés financières et économiques dans le privé actuellement, puis vous dites que, pour la même raison, on devrait vous supporter et ne pas encourager les pharmacies en établissement. Puis vous reprochez au gouvernement, dans la même lancée, de favoriser les médicaments éthiques par la loi du 15 ans et plus, alors qu'on sait ce que ça génère comme emplois. Alors, vous autres aussi, vous avez des emplois

importants dans le privé, j'en suis conscient. J'aimerais ça vous entendre un petit peu là-dessus pour éclairer un peu mes lanternes.

M. Boisvert (Alain): Je ne sais pas si je suis d'accord avec votre parallèle là-dessus. D'abord, ce qu'on propose au niveau des établissements de santé, c'est d'éviter de mettre en concurrence le réseau des établissements avec les réseaux des officines. On vise la complémentarité et non pas une forme de concurrence entre les pharmacies d'établissements de santé et les pharmacies d'officines. On a soulevé le point, c'est vrai, d'une certaine précarité économique du réseau des pharmacies privées qui pourrait être aggravée si on avait une diffusion assez élargie du concept de pharmacie générale dans les centres hospitaliers. Ça pourrait, à la limite, affecter négativement le réseau des pharmacies privées. Mais il y a aussi des problèmes pour les pharmacies hospitalières, qui avaient déjà de la misère à administrer la circulaire «malades sur pied» avec les effectifs qui leur étaient consentis. Or, dans le contexte de la reconfiguration du réseau, ces effectifs-là ne vont pas en augmentant. Ils sont gelés ou même en légère décroissance. Donc, si on ajoutait des mandats trop larges aux pharmacies d'établissements de santé, il y a fort à parier que les effectifs ne suivraient pas dans le contexte budgétaire actuel, et là on aurait un problème de surcharge de travail et de qualité de services qui serait mise en péril.

Alors, pour cette raison-là, nous, l'avenue de la complémentarité, qui fait d'ailleurs consensus entre le groupe des pharmaciens d'hôpitaux et le groupe des pharmaciens communautaires, on a fait nos propres consultations à ce sujet-là. L'idée de maintenir en milieu hospitalier certains services spécialisés — on a mentionné le cas de la chimiothérapie antinéoplasique, c'est probablement le meilleur exemple, il y en aurait peut-être quelques autres — est une idée qui a du mérite et qui serait supportée par l'ensemble de la profession.

Maintenant, quant au parallèle avec la règle de 15 ans, bon, il nous paraît que la règle de 15 ans est beaucoup plus difficile à maintenir ici, dans le contexte, parce que, d'une part, cette règle-là n'existe nulle part ailleurs, que les entreprises pharmaceutiques continuent d'opérer dans les autres provinces et que, rigueur oblige, on demande une contribution des citoyens, on va demander aux assureurs d'assumer des risques, on va demander aux professionnels de collaborer et possiblement d'assumer certains risques eux aussi. Il nous apparaît très difficile et très difficilement vendable à toutes ces catégories, à toutes ces clientèles de maintenir une règle qui n'offre absolument rien en termes de sécurité publique, en termes de santé, qui est strictement une politique industrielle. L'autre principe qu'on veut défendre, c'est que, si le gouvernement choisit d'encourager les fabricants de médicaments d'origine à titre de politique industrielle, ça devrait être au niveau de sa politique industrielle que ces subventions sont octroyées et non pas par le biais des programmes de santé.

M. Beudet: Une dernière question, M. le Président. Vous avez soulevé le problème du RUM, avec la confidentialité, ce qui m'inquiète, moi aussi, au plus haut point, et je suis sûr qu'à la lecture du projet de loi et avec la réflexion que vous avez sûrement apportée à ce sujet-là... Est-ce que vous avez d'autres suggestions à nous faire que celle qui nous est proposée et que vous mentionnez dans votre mémoire? Est-ce qu'il y a d'autre chose qui vous est apparu peut-être plus évident, plus pratique et qui pourrait conserver, de façon plus sûre, le lien de confidentialité entre le médecin et le patient, le pharmacien et le patient? Parce qu'il y a un lien de confidentialité qui s'établit entre les différents professionnels de la santé et le patient. Moi aussi, j'ai des craintes là-dessus, et j'aimerais vous entendre, si vous avez trouvé une solution miracle.

M. Boisvert (Alain): Une solution miracle, on serait bien ambitieux de le prétendre. Je pense que les deux éléments centraux ici sont: d'une part, il faut s'assurer qu'il y a véritablement étanchéité de nos systèmes d'information, ça, je pense que tout le monde va en convenir; d'autre part, il y a une question de perception aussi qui outrepassé peut-être le danger réel quant à la confidentialité. Ce problème de perception est un problème réel, et on doit s'y adresser également. Le point faible à l'heure actuelle est le fait que les deux extrémités du réseau de transmission sont bien contrôlées: la Régie de l'assurance-maladie ou encore les assureurs privés, par le biais de la loi sur la protection des renseignements privés, dans le secteur privé justement, et les professionnels, d'autre part, médecins et pharmaciens, qui sont réglementés par des ordres professionnels.

Mais il y a, entre ces deux extrémités, un centre mou, là, qui est moins réglementé, lui, et qui, lui, peut poser problème. On parle ici du secteur des fournisseurs de logiciels aux pharmaciens, des agences de facturation pour les médecins, etc. Alors, ce secteur-là doit lui aussi, je pense, faire l'objet d'une certaine réglementation. Il y aura peut-être lieu, dans le cadre même du projet de loi ici, de créer un pouvoir habilitant pour que cette réglementation se fasse. Parce qu'on a eu, lors d'une conférence récente, des exemples d'évoqués de données nominales qui avaient quitté le Québec et qui s'étaient retrouvées soit en Ontario ou même aux États-Unis via des agences de facturation. Alors, je pense qu'une situation comme celle-là, bon, sans qu'on soit alarmiste, donne lieu à un questionnement, et on se doit de prévoir une certaine forme de réglementation des intermédiaires chargés de la retransmission des données lorsque ces données sont nominales.

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

• (21 h 50) •

M. Copeman: Merci, M. le Président. J'aurais deux questions, deux petites questions à poser à l'Ordre des pharmaciens; une porte sur la contribution des particuliers. Je dois dire, d'entrée de jeu, que je suis un peu

étonné par les constatations qui sont faites dans votre mémoire, à la page 7. Au début de ce processus, on a reçu plusieurs groupes représentant une clientèle fragile, soit des groupes représentant des personnes assistées sociales, des personnes handicapées, sans soutien financier. On a eu la Fédération des ACEF, la Coalition Solidarité Santé, la Confédération des organismes provinciaux des personnes handicapées du Québec et, cet après-midi, un groupe représentant des personnes assistées sociales. Unanimentement, ils ont donné un témoignage, quant à moi, éloquent d'une personne assistée sociale qui a des revenus en bas de 7 000 \$ ou 8 000 \$ par année quant à l'application de la franchise et du plafond de 300 \$. On a eu des témoignages qui nous ont dit — puis ce n'est pas moi qui le dis, là, je reprends l'essentiel de l'argumentation qu'ils nous ont donnée — que ça va être le choix entre peut-être payer le loyer, manger, obtenir des assurances ou obtenir leurs médicaments. Des situations assez pénibles, quant à moi.

Mais, vous, vous faites la constatation, quelque part, page 7, que ces types de mesures, même pour les personnes âgées et les personnes assistées sociales, sont nécessaires, elles sont raisonnables. Mais, en même temps, vous dites qu'on ne peut pas écarter la possibilité que la contribution exigée des bénéficiaires, en particulier des personnes âgées, ne génère ou n'exacerbe des comportements d'infidélité thérapeutique et n'incite les patients à délaisser les traitements et médicaments requis à des fins d'économie. Il me semble qu'on ne peut pas avoir... Comme on dit en anglais, là: «You can't have your cake and eat it too». Soit il y a des problèmes dans les barèmes, et, semble-t-il, vous faites référence à des possibilités de difficultés. Puis là vous dites: Essentiellement, pour contrer ça — si j'ai bien saisi votre mémoire — ça prend une campagne d'information et de sensibilisation. À date, les groupes qui représentent ces clientèles ici, ils viennent nous voir en disant: On n'a pas les moyens. Si vous imposez ça, ça va nous imposer des choix très difficiles quant à l'utilisation des médicaments ou faire autre chose dans la vie quotidienne, comme manger, même. Ils sont allés jusque là. Puis là vous dites, votre réponse à ça, c'est qu'on a besoin d'une campagne de sensibilisation. Moi, ça me laisse un peu perplexe.

M. Boisvert (Alain): Écoutez, la nécessité de la campagne de sensibilisation puis d'information, nous la voyons pas comme ciblée à ces clientèles-là, nous la voyons générale. Parce que, M. Blais me le mentionnait tout à l'heure, il y a énormément de questionnement présentement au niveau des pharmacies. On questionne les pharmaciens: Qu'est-ce qui va arriver? Et ça, c'est la population en général, pas seulement les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu, mais aussi la clientèle en général. Alors, je pense que cette suggestion-là, elle se veut une suggestion constructive et générale, non pas ciblée à une clientèle.

La question de la mise à contribution des personnes assistées sociales est évidemment probablement la

question la plus difficile qu'il y a à trancher dans tout ce projet d'assurance-médicaments. Et je vous souligne que, en page 7 — cette page que vous avez citée en longueur — nous avons quand même souligné la rigueur indéniable que ces mesures entraînent, en particulier chez les personnes âgées non admissibles au supplément de revenu garanti et chez les assistés sociaux aptes au travail. Alors, ce n'est pas de l'insensibilité de notre part.

J'ai assisté, cet après-midi, à la présentation de ces personnes-là. Comme chacun, je pense, ici, j'ai pu être touché par des situations comme celles-là. Mais il n'en reste pas moins que la courbe de croissance des programmes d'assurance-médicaments qu'on a enregistrée au cours des 15 ou 20 dernières années au Québec demeure extrêmement préoccupante et demeure préoccupante pour la viabilité de ces programmes-là à long terme. Même si la question de l'assurance-médicaments universelle n'avait pas été à l'ordre du jour, je pense que le gouvernement aurait été confronté, de toute façon, à des mesures visant à réintroduire une certaine forme de contribution. Alors, c'est une mesure rigoureuse, oui, c'est une mesure difficile. Il y a probablement moyen, je pense, au niveau administratif, de prendre en compte les situations les plus extrêmes, les plus dommageables.

Il y a aussi une mesure que nous recommandons, là, très fortement, c'est qu'on assure un suivi de très près de ce qui va se passer, du genre de celui qui a été donné par, je pense, le Conseil de la santé et du bien-être suite à l'introduction du frais modérateur de 2 \$, en 1992. Alors, on avait fait une étude de suivi pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'impacts de santé négatifs chez cette population-là. Alors, possiblement que la même mesure ici devrait être encouragée pour s'assurer effectivement, à long terme, qu'il n'y a pas d'effets pervers du système qu'on n'avait pas envisagés.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Matte?

Mme Matte (Janine): Non, c'est bien, monsieur.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est beau. Dernière question, M. le député.

M. Copeman: Oui, l'autre chose qui m'a frappé ce soir, M. le Président, avec une certaine prescience... Vous avez suggéré que cette campagne d'information et de sensibilisation devrait aussi prévoir des mesures d'information générale auprès de la population à propos des modalités de fonctionnement du régime. Moi, je dis «avec une certaine prescience», parce que, aujourd'hui, on voit l'apparition dans, au minimum, *La Presse*, peut-être d'autres — on n'est pas au courant, de ce côté de la table — de coûts, le taux de couverture de cette campagne de sensibilisation, le coût du numéro 1-888. Soit dit en passant, M. le Président, malgré les suggestions du ministre, quand on lit le texte, pour un non-initié — et je mettrais à peu près 99 % de la population québécoise

dans ce domaine — on parle ici d'un fait accompli. Nulle part dans l'annonce on parle d'un projet de loi, nulle part on parle d'un projet de régime d'assurance-médicaments. On parle d'un nouveau régime d'assurance-médicaments, on donne des exemples, semble-t-il, qui vont être soumis par voie de règlement. Mais, quand je le lis, je l'ai lu attentivement, c'est un fait accompli. Et, moi, je trouve malheureux que, avant même qu'un projet de loi soit adopté en principe, qu'il soit débattu en commission parlementaire, le ministre et le ministère entreprennent une dite campagne de sensibilisation sur un projet de loi dans un stade d'auditions particulières.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...à la question suivante, M. le député.

M. Copeman: Je trouve ça très questionnable, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous pouvez poser votre question, M. le député, s'il vous plaît?

M. Copeman: Je ne sais pas si l'Ordre des pharmaciens a un commentaire là-dessus, s'ils ont lu la publicité.

Mme Matte (Janine): On n'a pas lu la feuille de publicité.

M. Boisvert (Alain): Non. Peut-être une remarque très générale. Écoutez, je pense que ça va être... Je réitère le commentaire qu'on a fait auparavant, et je conçois très vite l'énorme difficulté que tout ça comporte pour le gouvernement et la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Mais il y a un questionnement important de la part de la population que nous ressentons, au niveau des pharmacies, parce que nous sommes en première ligne. On se rend compte que, si on veut que ces mesures-là soient bien connues et bien acceptées de la population, il va falloir qu'il y ait un effort d'information considérable. Et ça, on offre notre collaboration à le faire lorsque le régime entrera en vigueur, s'il entre en vigueur.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je permets maintenant une dernière question rapide et une courte réponse, toujours dans le domaine du possible, de la part du ministre et du député de Robert-Baldwin. M. le ministre.

M. Rochon: Oui, mais, parmi celles que j'aimerais encore vous poser, je vais choisir celle où vous parlez — parce que, ceci, c'est la première fois que ce genre de suggestion nous vient — des enfants, la couverture des enfants, nous disant qu'on devra peut-être baisser — si je comprends bien votre suggestion — l'âge un peu, parce qu'à partir de l'adolescence, vous avez mentionné 12 ans...

Mme Matte (Janine): Environ l'âge de 12 ans.

M. Rochon: C'est ça. Et est-ce que j'ai bien saisi qu'essentiellement, parce que la posologie devient à peu près identique à celle de l'adulte, à ce moment-là, on pourrait avoir ce que vous avez appelé, je crois, un effet pervers où, en monnayant une prime familiale pour éviter la franchise et la coassurance, on mettrait des médicaments au nom de l'enfant?

L'intention qui est recherchée dans la proposition actuelle, c'est vraiment d'avoir une approche qui, éventuellement, là, ferait partie d'une politique familiale, où on veut vraiment aider la famille, couvrant les jeunes même au-delà de 18 ans s'ils demeurent encore chez leurs parents et aux études, donc à charge de leurs parents.

Est-ce que l'avantage recherché ne contrebalance pas beaucoup le risque? Et est-ce que le risque ne peut pas assez bien se gérer, surtout par le rôle du pharmacien? Ou peut-être que, dans certains cas... Dans n'importe quel système, il y a toujours risque que certains abusent, mais est-ce qu'on n'aura pas les moyens quand même, là, au niveau du service professionnel qui est rendu, si jamais des gens essayaient de dépister ou d'identifier la grande, grande majorité des cas, non?

● (22 heures) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la présidente.

Mme Matte (Janine): Oui. Mais, nous, on voulait vraiment le porter à votre attention, parce qu'on s'est dit: Ça, c'est quelque chose qui va probablement se passer, puis il faut le regarder, puis il faut voir comment on va faire en sorte, aussi, avec les pharmaciens... Parce que, là, le pharmacien, à ce moment-là, il devient un agent d'interrogation beaucoup; un peu un délateur. Parce que la prescription vous arrive, elle est faite au nom de l'enfant, et c'est par ricochet, après questionnement, après la rencontre avec l'enfant que, là, vous apprenez que ce n'est pas pour lui, c'est pour le parent. Ça amène beaucoup de questionnement. Ça suppose déjà que la prescription, quand elle arrive, elle n'est pas pour l'enfant. Donc, il y a tout un geste de suspicion qu'on crée. Et, nous, on voulait porter à votre attention ce phénomène-là, parce qu'on sait qu'à partir de cet âge-là les médicaments, les doses, les durées de traitement sont identiques à celles de l'adulte, et on se disait: Comment on va faire pour départager ça? Ça nous apparaissait important.

Aussi, le fait d'avoir, chez les enfants, beaucoup d'automédication. Dans la pratique quotidienne en pharmacie, c'est incroyable le nombre de parents qui peuvent venir pour traiter des problèmes de l'enfant. Parce qu'ils ne vont pas tous voir le médecin. Ils arrivent de la garderie, ils arrivent à la pharmacie: On m'a dit qu'il y avait une infestation de poux, qu'est-ce que tu me conseilles? Là, peut-être qu'on va dire: Bien, on va aller voir le médecin parce que c'est gratuit. On nous dit qu'on nous donne tout gratuitement pour les enfants de zéro à 18 ans. Il y a tout un mouvement qui peut se

faire. Et on voulait, nous, vous sensibiliser à ça, de dire qu'il peut y avoir un problème. Regardons-le avant d'y arriver et d'avoir le problème.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. M. le député de Robert-Baldwin, vous avez le choix entre une question et la conclusion ou la conclusion tout de suite.

Une voix: Un beau choix.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marsan: M. le Président, d'abord supporter, avant de faire une conclusion ou une question, les commentaires de mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce. Je pense que c'est important. On est en train d'étudier un projet de loi, on écoute des gens qui vont apporter des modifications extrêmement sérieuses et intéressantes à un tel projet de loi. Alors, je pense qu'il faudrait peut-être retenir les éléments d'information pour être certains que les informations qui vont être communiquées à la population seront des informations pertinentes et, aussi, acceptées par le législateur, par le Parlement que nous sommes. Je pense que ça serait du moins de respecter les institutions.

En guise de conclusion, M. le Président, à ce moment-ci, d'abord remercier nos invités d'avoir accepté l'invitation, mais surtout de nous avoir présenté un mémoire extrêmement documenté et aussi extrêmement pertinent. Des remarques intéressantes et des pistes que nous avons l'intention de poursuivre avec le ministre de la Santé, particulièrement sur la liste ou l'élargissement de la liste, une nouvelle approche. En tout cas, on pourra sûrement avoir peut-être un intérêt à poser d'autres questions. Sur la Revue d'utilisation également, je pense que c'était important. Nous avons l'intention d'étudier, comme vous le savez, le projet de loi article par article, et sûrement que nous suivrons de près, dans chacun des articles, le mémoire que vous nous avez présenté.

Alors, encore une fois, un gros merci.

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

M. Rochon: Oui, M. le Président. Dans les suggestions que vous nous avez faites, je pense que je peux tout de suite vous dire qu'en ce qui regarde la liste — ça a été un sujet important dans notre discussion — on est tous conscients que, dans le contexte d'un régime d'assurance-médicaments, le rôle du CCP, comme on l'a déjà dit, et la liste doivent se voir différemment et autrement. C'est heureux qu'on ait acquis toute cette expérience et développé toute une connaissance et toute une méthodologie pour avoir cet outil-là, sans lequel il serait peut-être difficile de mettre rapidement sur pied un régime du genre.

Vos suggestions sont très bien reçues, et je pense que, si vous choisissez bien votre représentant, vous

allez trouver beaucoup d'ouverture quand vous aurez à discuter au sein du CCP.

Un deuxième commentaire, la Revue d'utilisation des médicaments, la question de confidentialité, chaque fois qu'on la soulève... Je veux profiter de l'occasion pour dire deux choses là-dessus. D'abord, le régime, comme il est prévu, peut et va se mettre en place sans qu'on ait constitué un fichier nominatif central. Il n'a pas besoin de ça pour gérer la dispensation du médicament et du service pharmaceutique, du service professionnel, ni pour gérer la Revue d'utilisation des médicaments. C'est sûr que c'est une possibilité qui pourrait présenter des avantages importants en termes de qualité de service au patient. Si le professionnel — le pharmacien surtout, mais aussi le médecin, surtout le pharmacien peut-être — a plus d'informations et a accès à plus d'informations sur le dossier du patient, il peut encore, surtout avec un aviseur thérapeutique ou des choses comme ça, aller plus loin dans la qualité du service professionnel. Quand on décidera d'aller jusque-là, ce sera à la suite d'un développement qui aura été fait avec beaucoup de rigueur et avec l'implication de la Commission d'accès à l'information, comme on l'a fait pour d'autres développements de systèmes d'information personnalisée dans le domaine de la santé. Ça, c'est bien important qu'on se rappelle ça.

Une petite remarque au sujet de l'annonce. Je vous avoue que je suis un peu surpris. L'intention était vraiment, puis est toujours, d'être le plus transparent possible et de s'assurer que la population, pendant qu'on étudie un projet de loi, puisse être informée. On s'est aperçu qu'il y a beaucoup de questions qui sont soulevées où les gens réfèrent souvent à une situation très concrète d'eux-mêmes, d'un parent, d'un ami ou des choses du genre, de sorte qu'on donne beaucoup d'informations, mais on n'atteint pas vraiment nécessairement les préoccupations des gens. On va réviser le texte. Évidemment, on est tellement pris là-dedans, nous, qu'on prend peut-être trop pour acquis que tout le monde sait qu'on est à étudier un projet de loi. Il y a pas mal d'informations qui ont été données là-dessus.

Alors, ça, je veux le mentionner là, parce que, si c'est le cas, s'il y avait d'autres informations à être données... et les téléphonistes qui donnent des informations, de toute façon, le savent très bien. En tout cas, on va au moins rectifier: il n'y avait aucune intention de brôler les étapes là-dedans.

Je vous remercie encore une fois, en terminant, pour toute cette collaboration, qui avait commencé même avec le comité de M. Castonguay et, comme vous l'avez rappelé, qui a continué. Merci aussi à l'avance pour la collaboration dont on aura besoin, parce que sûrement que le pharmacien va être un pivot assez important dans la mise en oeuvre et la gestion d'un régime comme ça. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de... Oui.

● (22 h 10) ●

Mme Matte (Janine): Il y a seulement une chose. Pour avoir passé la journée, aujourd'hui, avec les pharmaciens en congrès annuel des pharmacies Jean Coutu, je cite l'exemple, c'est que les pharmaciens sont présentement très inquiets. Je pense que c'est important qu'on puisse les aider à revoir comment ils peuvent se situer et s'intégrer dans ce projet-là, parce qu'ils doivent être des partenaires. Présentement, ils sont très inquiets.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Deux petits commentaires en terminant. Le président, de par tradition, ne pose pas beaucoup de questions et ne donne pas beaucoup de commentaires, mais, des fois, il en a envie beaucoup.

Au nom de la commission, j'apprécierais que vous nous fassiez parvenir un peu plus de détails sur votre suggestion du système de suivi. J'aimerais ça que la commission sache un petit peu plus ce que vous voulez vraiment dire par là, parce que ça nous est revenu par différents groupes, cette question de système de suivi.

Deuxièmement, j'aimerais, au nom de la commission, vous remercier. Mme Matte, nous connaissons votre dévouement et votre compétence, ainsi que les personnes qui vous accompagnent. Alors, nous vous remercions de votre présence.

J'invite maintenant les gens de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec à se préparer.

(Consultation)

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

Alors, je souhaite la bienvenue, au nom de la commission, aux représentants de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec. Vous avez 20 minutes de présentation, et j'apprécierais que vous présentiez nom et occupation de ceux et celles qui vous accompagnent.

D'abord, avant de commencer, je dois vous dire qu'on s'excuse, puis, en même temps, je le fais pour le groupe qui va vous suivre, si on vous reçoit à 22 heures et à 23 heures, mais, compte tenu de l'importance du projet, compte tenu du nombre de groupes qu'on voulait recevoir et compte tenu des projets qu'on a à recevoir d'ici le 20 juin, c'est à peu près tout ce que, malheureusement, il nous restait à faire, recevoir des groupes aussi tardivement. Mais on sait que... J'oublie toujours que je suis enregistré, j'allais faire un commentaire. Allez-y.

Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec (AIAPQ)

M. Savard (Denis): M. le Président, M. le ministre, distingués membres de la commission, nous vous remercions de nous accueillir devant cette commission parlementaire sur la création d'un régime d'assurance-médicaments.

Permettez-moi, d'entrée de jeu, de vous présenter les officiers de l'Association qui m'accompagnent ce soir. Immédiatement à ma gauche, M. Alain Poirier, qui est vice-président de l'Association; à ma droite, mon extrême droite, vous avez la directrice générale de l'Association, Mme Lucie Granger, et, immédiatement à ma droite, le président actuel, M. Jacques Labrecque.

Notre présence ici est surtout motivée par le fait que nous sommes un interlocuteur du domaine de l'assurance de personnes. Permettez-nous tout d'abord de présenter notre organisme, l'AIAPQ. L'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec, l'AIAPQ, n'est pas une association de type traditionnel: c'est l'organisme chargé d'encadrer la pratique des intermédiaires en assurance de personnes au Québec. À toutes fins utiles, c'est un ordre professionnel.

Notre intervention aujourd'hui se fera en deux parties: une première qui est entièrement consacrée aux enjeux reliés à la distribution de l'assurance-médicaments — c'est notre domaine d'expertise, vous l'aurez compris — la deuxième partie de notre mémoire concerne les autres aspects du projet gouvernemental, auquel nous souscrivons. Nous soumettons quelques idées et opinions, mais à titre complémentaire seulement.

L'AIAPQ tient son mandat d'une loi de l'Assemblée nationale qui a été votée en 1989, la loi 134. L'Assemblée nationale souhaitait protéger le public en mettant des balises très rigoureuses à l'exercice de la vente de l'assurance de personnes. C'est à cette fin qu'elle mandatait l'AIAPQ pour encadrer les professionnels chargés de la distribution des produits.

Pour être admis au sein de l'AIAPQ, les professionnels doivent répondre à des exigences de base, notamment la réalisation d'un stage de formation, la réussite d'un examen de déontologie de l'AIAPQ, la réussite de l'examen de précertification du Conseil des assurances de personnes et la réussite de l'examen final de certification.

L'AIAPQ offre évidemment à ses membres plusieurs voies de perfectionnement, et notamment de suivre des cours de niveaux I, II, III. L'AIAPQ a développé, également, avec les universités le programme d'assureur-vie agréé pour ceux qui veulent offrir une gamme de services financiers étendue.

De plus, une fois admis à l'AIAPQ, le membre est soumis de façon continue à des conditions sévères d'exercice en vertu desquelles il a notamment le devoir de fournir une attestation de cautionnement ou de couverture d'assurance-responsabilité professionnelle d'au moins 500 000 \$. Le membre contribue aussi au fonds d'indemnisation des consommateurs. Il doit respecter le secret professionnel et se conformer à toutes les règles découlant de la Loi sur les intermédiaires de marché.

C'est donc dire qu'avec la loi 134 l'Assemblée nationale souhaitait faire en sorte que le public soit protégé par des règles d'éthique et de pratique, mais aussi par la qualité de l'intervention, bref, la compétence professionnelle des intermédiaires de marché. En matière

d'assurance, le Québec a décidé qu'on ne jouait plus avec la vie.

Depuis la mise en place de la loi 134, des règles d'éthique ont été formellement mises en place, et elles sont nombreuses. En voici quelques-unes:

Obligation pour l'intermédiaire de l'AIAPQ de procéder à une analyse des besoins en assurance du consommateur avant de le conseiller ou de lui recommander un produit; obligation pour l'intermédiaire de l'AIAPQ d'exposer de façon complète et objective la nature, les avantages et les désavantages des produits ou services qu'il offre afin de proposer au consommateur un produit d'assurance qui convienne à ses besoins réels; obligation, aussi, pour l'intermédiaire de l'AIAPQ d'exercer sa profession avec intégrité; obligation, encore, de subordonner son intérêt personnel à celui du consommateur. Il doit permettre des recours au consommateur advenant le cas où il n'a pas été bien servi.

Grâce à la loi 134 de l'Assemblée nationale, les consommateurs qui se croient lésés ont des recours. Ainsi, chaque année, l'AIAPQ reçoit plus d'une centaine de plaintes de consommateurs et enquête concernant la déontologie de ses membres qui font l'objet d'une plainte. Plusieurs de ces plaintes sont acheminées auprès du comité de discipline aux frais de l'AIAPQ et non du consommateur. Ce comité de discipline est présidé par un juge nommé par le ministre responsable de la loi 134, une nomination complètement indépendante de l'AIAPQ. Chaque plainte est acheminée au comité de discipline et coûte en moyenne 9 000 \$ aux membres de l'AIAPQ.

Les consommateurs qui se croient lésés ont donc des recours: le droit de déposer une plainte; le droit d'être accompagné dans le processus de plainte; le droit à l'indemnisation, car l'intermédiaire membre de l'AIAPQ adhère à une assurance-responsabilité professionnelle obligatoire et contribue au fonds d'indemnisation; le droit de bénéficier de ces avantages sans frais pour le consommateur. Le consommateur est ainsi protégé contre les erreurs professionnelles, les infractions déontologiques et même contre les cas extrêmes comme les fraudes.

Les règlements qui régissent la pratique astreignent le remplacement de polices à des règles très précises. Les règlements prévoient aussi des exigences d'accession au titre qui confère le droit de pratique et impose une formation obligatoire. On ne peut plus s'improviser agent ou courtier en assurance, et ces derniers, en tant qu'agents ou courtiers, ne peuvent plus dire ou faire n'importe quoi. Les intermédiaires ont des responsabilités et leur défaut à respecter les devoirs de la profession peut entraîner la perte du droit de pratique. La loi 134, par ses dispositions, fait en sorte que l'intermédiaire qui intervient auprès d'un client engage sa responsabilité personnelle pour assumer les conséquences de ses erreurs, voire même d'une pratique volontairement erronée.

Ceux et celles qui veulent être des intermédiaires en assurance de personnes n'ont pas le choix: ils doivent

faire partie de l'AIAPQ et se soumettre aux règles de formation, d'éthique et de pratique que nous avons le mandat d'appliquer. Vous comprendrez donc que nous ne cherchons pas à recruter des membres, mais la qualité de la pratique et la compétence de ceux et celles qui interviennent auprès des consommateurs nous préoccupent particulièrement.

● (22 h 20) ●

C'est cette préoccupation qui nous fait intervenir auprès de l'actuelle commission pour la mettre en garde vis-à-vis de certains enjeux qui sont inhérents à la vente et à la distribution des produits d'assurance de personnes: l'assurance-médicaments est précisément un de ces produits.

Mais pourquoi donc le gouvernement a-t-il voulu encadrer la pratique et la vente des produits d'assurance? Fondamentalement, parce que le monde de l'assurance est complexe, autant par la variété des produits que par les conditions qui définissent les protections que se procurent les consommateurs, mais aussi parce que l'assurance de personnes a un impact considérable sur le patrimoine familial et individuel. Non seulement l'assurance de personnes protège des acquis, mais elle contribue à créer ce patrimoine. Quand la pratique professionnelle est bien faite, l'assurance de personnes est un actif; quand elle est mal faite, les conséquences sont lourdes pour le consommateur.

Or, depuis quelques années, nous assistons à l'émergence de produits dont la vente se fait sans l'intervention d'intermédiaires reconnus et encadrés. Des produits qui sont supposés être tellement simples que leur achat peut se faire quasiment automatiquement. Et voilà que s'improvisent vendeurs d'assurances des caissiers et des préposés de prêts, des concessionnaires automobiles, des agents de voyages qui signent des contrats d'assurance de personnes comme s'il s'agissait d'une simple formalité. L'AIAPQ n'a aucune emprise sur eux, et les consommateurs pas davantage. Les histoires d'horreur foisonnent, comme l'ont révélé des recherches de la revue *Protégez-vous* et les enquêtes de l'émission *J.E.* ou de *La facture*.

Nous avons nous-mêmes conduit une enquête spéciale sur l'assurance-hypothèque vendue par les banques et les caisses populaires qui a révélé les conséquences très graves d'une pratique souvent incompétente et laxiste: couverture incomplète, remplacement systématique, perte de protection grave. Je pense que vous avez aussi, dans le document qui accompagne, un exemple du dossier noir auquel je fais référence.

Dans tous ces secteurs, des gens croyaient avoir droit à une protection, pourtant inexistante, pour se retrouver seuls face au contentieux des banques ou des caisses populaires à débattre les frais d'une réclamation refusée. Vous voyez déjà les conséquences qu'aurait un tel laxisme dans la distribution de l'assurance-médicaments.

À la lumière de son enquête spéciale sur l'assurance-hypothèque et compte tenu de l'architecture actuelle du produit et de la pratique de sa vente,

l'AIAPQ recommande au gouvernement du Québec de procéder à une révision en profondeur de ce produit et à l'imposition de l'encadrement de la pratique afin de vraiment protéger adéquatement le consommateur.

Certaines recommandations pourraient certainement servir de balises pour guider les travaux de la commission en matière de distribution. À titre d'exemples, en voici quelques-unes:

Les encadrements maison ne font pas adéquatement le travail de protection des consommateurs. Tout individu qui vend une assurance de personnes dans une institution financière doit être un intermédiaire qualifié et reconnu qui doit se soumettre à la loi 134 et à ses règlements, et cela, sans exception. Les préposés à la vente d'assurances doivent se soumettre à la réglementation de la loi 134 en matière de formation, d'éthique et de pratique. En conséquence, ils devront se soumettre aux examens d'entrée, répondre aux critères fondamentaux d'admission à la pratique et se soumettre à toutes les obligations prévues à la loi 134 pour la pratique de la vente des produits d'assurance de personnes, notamment détenir une assurance-responsabilité professionnelle et participer à une formation obligatoire. Ainsi, s'il se croit lésé, le consommateur aura les droits et recours suivants:

Le droit à l'information. Il pourra en tout temps obtenir l'information sur le dossier disciplinaire de son intermédiaire.

Le droit de déposer une plainte. S'il estime que son intermédiaire a fait preuve d'un manque d'éthique à son égard, il pourra déposer une plainte afin qu'une enquête soit effectuée.

Le droit d'être accompagné dans le processus de plainte. En cas de litige avec son intermédiaire, des ressources seront mises gratuitement à la disposition du consommateur pour le conseiller et l'accompagner durant le processus de plainte.

Le droit à l'indemnisation. S'il se croit victime de fraude ou d'une opération malhonnête, le consommateur pourra être référé au fonds d'indemnisation auprès duquel il pourra déposer une demande.

M. le ministre, membres de la commission, nous sommes venus vous parler des enjeux de la distribution des produits d'assurance parce que certains seront tentés, devant vous, de banaliser cet aspect de la question dans le dossier de l'assurance-médicaments. Plusieurs voudront présenter ce produit et le véhiculer comme une formalité obligatoire, sans plus. Pourtant, plus un produit est traité comme une formalité, sans intervention professionnelle, plus il devient un centre de profit, la plupart du temps au détriment de la qualité de la protection, bref, au détriment du consommateur.

C'est pour cette raison que l'AIAPQ insiste pour que l'assurance-médicaments soit vendue par des intermédiaires, et ce, indépendamment des réseaux de distribution où l'on retrouvera ce produit. Ainsi, tout intervenant engagera sa responsabilité personnelle et sera tenu — c'est une obligation réglementaire — d'informer adéquatement ses clients et d'analyser les besoins et la

situation du consommateur avant de proposer un produit.

L'AIAPQ tient aussi à vous transmettre aujourd'hui une véritable offre de partenariat, puisque nous partageons les objectifs du projet gouvernemental. Ce partenariat vise l'information du grand public. Nous vous offrons notre participation et notre collaboration pour la préparation et la diffusion de l'information destinée au grand public. De plus, les 13 000 intermédiaires qui sont membres de l'AIAPQ contribueront à informer la population face à l'importance du régime et des tenants et aboutissants de ce nouveau programme. Nous vous offrons l'apport de 13 000 professionnels qui seront autant d'agents d'information pour sensibiliser le grand public à l'assurance-médicaments et qui agiront comme de véritables formateurs.

Puisqu'il est question d'information, l'AIAPQ estime qu'il y a aussi un important besoin d'information afin que les consommateurs connaissent bien les modifications aux protections de l'assurance-santé, afin qu'ils puissent se donner sur une base personnelle les protections requises. Encore une fois, nous vous offrons de le faire en partenariat avec le ministère.

Voilà l'essentiel des deux axes que nous souhaitons développer avec vous, à savoir la qualité de la distribution et l'importance de l'information aux consommateurs. Notre intervention s'inscrit donc dans le mandat que nous a confié l'Assemblée nationale. Quant à nos réflexions complémentaires, vous pourrez en prendre connaissance dans le texte intégral de notre mémoire. Je vous remercie.

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

M. Rochon: Oui, M. le Président. Je vous remercie beaucoup du mémoire que vous avez préparé et de venir nous rencontrer ici, en commission.

Je vais commencer peut-être par la fin de votre mémoire, si je peux. Vous nous dites, à la toute fin, à la page 21, et c'est intéressant parce que ça va dans un sens un peu différent de ce qu'on a entendu par ailleurs, même ce soir: «Nous croyons d'ailleurs que la couverture fournie aux Québécoises et Québécois à l'heure actuelle dans le cadre d'un régime collectif est vraisemblablement dispensée à un coût per capita sensiblement inférieur au coût moyen qui est estimé par — vous dites — la commission Castonguay — vous référez sûrement au comité qu'a présidé M. Castonguay. Nous reconnaissons cependant bien volontiers que le coût déterminé par le gouvernement tient compte des risques parfois refusés par les assureurs privés.»

● (22 h 30) ●

Alors, selon vos estimations et votre connaissance du milieu, vous allez plutôt dans le sens de dire que ça risque même peut-être de coûter moins cher que ce que coûtent les régimes collectifs présentement, ou

que ceux qui craignent que ça peut coûter plus cher que prévu n'ont pas les mêmes calculs que vous faites.

Peut-être que vous pourriez élaborer un peu là-dessus.

M. Savard (Denis): Il y a certains éléments qui pourraient occasionner une hausse, mais certains autres qui amèneraient vraisemblablement une diminution. À titre d'exemple, la limite maximale que vous avez fixée au niveau des réclamations entraînerait, selon nous, une diminution des coûts. Il est bien sûr qu'il y a certains paramètres qui jouent et qui peuvent avoir un effet contraire, mais je pense que, dans la balance des différents éléments, ça ne devrait sans doute pas coûter plus cher que ce que vous avez estimé.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pas d'autres questions, M. le ministre?

M. le député de Notre-Dame-de-Grâce sera suivi du député de Johnson, du député d'Argenteuil et du député de Rivière-du-Loup.

M. Copeman: Merci, M. le Président. J'aimerais tout d'abord souhaiter la bienvenue aux représentants de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec. Je peux vous dire, messieurs, madame, que j'ai suivi le dossier des assurances-hypothèques avec un certain intérêt parce que je suis également le porte-parole de l'opposition officielle en matière de protection du consommateur. Alors je reconnais dans ce dossier la qualité de votre travail et je tenais à vous féliciter d'avoir mis un peu de lumière sur un domaine que je trouve important, une problématique également importante. On aura peut-être d'autres forums, l'occasion de parler et de renchérir là-dessus.

Je note, dans votre mémoire, essentiellement quatre préoccupations majeures. Question de hausse des coûts du régime — puis on l'abordera un peu plus tard — la question de la confidentialité, qui est également, je crois, un élément essentiel dans le projet de loi qui est devant nous. Quant à moi, on n'en entend pas assez souvent parler. On a eu un premier avis de la Commission d'accès à l'information qui nous disait essentiellement que, malgré le fait que le projet de loi ou les mesures contenues dans le projet de loi ne soient pas alarmantes, le fait de monter un fichier des bénéficiaires, un fichier central, peut poser certaines difficultés. En tout cas, nous autres, de ce côté de la table, on a retenu les commentaires du président de la Commission d'accès à l'information là-dessus.

Une nécessité, selon vous, d'avoir une libre concurrence dans le marché. On a entendu parler récemment de l'effet de la libre concurrence, M. le ministre y a fait référence à plusieurs occasions, qu'à cause des forces de marché la contribution de chaque individu peut varier, notamment à cause des variations soit dans les frais d'administration de base ou dans les frais de gestion individuels. Alors, je pense que votre point est essentiel également là-dessus, que, pour avoir un effet

bénéfique sur le marché, il faut permettre la libre concurrence. Il y a la question des taxes, et mon collègue, le député d'Argenteuil, va l'aborder un peu plus tard.

Au niveau de la hausse des coûts, vous proposez dans votre mémoire quasiment de tenir compte d'une seule variable dans le calcul de la contribution totale, et c'est celle de la hausse par le biais d'une indexation permise en fonction du coût des médicaments. Là, est-ce que c'est en fonction de la consommation que vous parlez ou simplement une simple indexation des prix des médicaments? Parce qu'on a entendu parler aussi, par le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec, de la possibilité de faire une révision annuelle selon la consommation également. Là, est-ce que vous avez fait la distinction entre les deux ou si vous parlez uniquement de l'indexation des prix du médicament?

M. Savard (Denis): Si je commence par votre dernière question, dans notre intervention, on parle essentiellement du coût du médicament lui-même, pour avoir une mesure indirecte pour pallier à toute hausse de coût artificielle. Donc, si c'est lié directement au coût du médicament lui-même, on va avoir des balises.

Vous avez, d'entrée de jeu, fait une référence à notre dossier sur l'assurance hypothécaire. Évidemment, c'est une des raisons principales de notre intervention ici, nous ne voudrions pas voir se répéter, par la distribution de l'assurance-médicaments, les mêmes erreurs qui ont été commises à cause du laisser-aller dans la distribution de ces types d'assurance-crédit. Donc, le parallèle étant étroit entre les deux, on ne voudrait pas voir se répéter ce type d'erreur là. C'est pourquoi on voulait absolument prévenir la commission d'apporter les balises nécessaires pour l'encadrement de la distribution de ce produit-là.

À l'égard de la libre concurrence, il est bien clair que, pour nous, c'est très important de pouvoir laisser jouer les différentes compagnies d'assurances dans les offres de produits. Je pense que c'est une façon qui pourra permettre de réduire les coûts et aussi de combler toutes les lacunes. Il y a deux façons de pallier à des embûches potentielles entre des travailleurs qui pourraient, pendant une courte période, entre deux emplois, par exemple, ou passant d'un emploi à une période sans emploi... Je pense que c'est très important. Il y a deux façons de pallier à cette situation: soit que la Régie elle-même supporte le travailleur pendant cette période ou bien que l'on demande à des assureurs d'assumer le résiduel et qu'aucune situation ne se retrouve dans un vide. Je pense que c'est possible et je pense que des assureurs seraient intéressés à couvrir le résiduel.

Au niveau de la confidentialité, c'est une préoccupation que toute association de protection des consommateurs doit soulever, et je pense que nous ne serons pas les seuls à en faire mention. Je pense que c'est une des préoccupations qui étaient déjà sous-jacentes dans le projet de loi lui-même. Je pense que les mesures adoptées, ou les mesures proposées vont permettre certains

niveaux d'étanchéité au niveau des renseignements personnels.

M. Copeman: Juste pour clarification personnelle, vous pouvez imaginer que, depuis le début de nos audiences publiques, les non initiés ont subi un certain cours intensif sur le système d'assurance au Québec. J'ai cru comprendre, par le biais des interventions de plusieurs groupes, entre autres le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec, que l'autre élément qui est... Il y a trois éléments essentiels dans le calcul de la prime. Il y a une simple formule mathématique, qui prend la consommation des médicaments au Québec, qui la divise par la population active, qui donne une certaine mutualisation de la consommation et pour laquelle on arrive à la prime individuelle proposée, en ajoutant le deuxième élément, qui sont les frais d'administration de base, de 176 \$, parce qu'on parlait d'une consommation individuelle estimée à peu près à 150 \$, plus les frais d'administration de base de 25 \$, plus ou moins, pour 176 \$, qui est contenu dans le rapport Castonguay et qui revient souvent comme exemple donné par le ministre de la Santé.

Le Regroupement ajoutait un autre élément qui est celui des frais de gestion individuels qui s'appliqueraient, si ma compréhension est exacte... qui est basé sur les régimes d'assurance individuelle et non pas collective, que les frais d'administration de base de 25 \$ par individu, puis ça monte jusqu'à 70 \$ par unité familiale, étaient basés sur les régimes collectifs, tandis qu'on ajoute un nouvel élément, qui sont les frais de gestion individuels, pour permettre à des assureurs de procéder à la vente libre de leurs produits, par votre biais, j'imagine, à des individus.

• (22 h 40) •

Avez-vous pris connaissance de ces frais de gestion individuels, du calcul fait par le Regroupement, qui varient de 30 \$ sur 175 \$, pour un individu, jusqu'à 30 % du coût total? On était surpris, et je pense que, honnêtement, le ministre était assez surpris aussi de voir que, pour une famille, ça monterait une prime jusqu'à 564 \$. Est-ce que vous avez pris connaissance de ça? Parce que le ministre a fait référence... d'envoyer ça à un expert externe pour essayer de calculer si c'est exact comme ça.

M. Savard (Denis): Non seulement nous n'avons pas pris connaissance de ces chiffres que vous mentionnez, mais ce n'est pas non plus la préoccupation majeure que nous avons, parce que c'est la partie des assureurs, avec leurs actuaires, d'élaborer ces différentes hypothèses. Pour nous, notre domaine d'expertise est au niveau de la distribution. Il s'agit pour nous de référer à l'aide que nous avons apportée au fil des années, depuis 1966 que nous expliquons aux gens comment fonctionne la Régie des rentes du Québec, lorsque nous faisons une analyse de portefeuille. Et je pense que, dans le domaine de l'assurance-médicaments, nous sommes les mieux placés au Québec pour être en mesure de démystifier ce

régime et faire en sorte que le consommateur non seulement sache et connaisse de façon approfondie le produit qu'il achète, mais comment fonctionne l'ensemble du régime.

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

M. Boucher: M. Savard, je vous remercie et vous félicite de votre présentation. Je suis très heureux de comprendre que vous appuyez le projet de loi, surtout que vous regroupez un nombre d'intermédiaires très impressionnant et que vous devez être très représentatif de ces personnes-là au Québec.

Vous faites une offre de partenariat au gouvernement, au niveau de l'information, qui m'impressionne. J'aimerais ça que vous me parliez davantage de comment vous voyez ça. Vous savez qu'actuellement on a une ligne d'information qui est en cours sur le projet de loi, ligne d'information qui est diffusée un peu partout, mais, là, ce que vous nous dites, c'est que nous sommes 13 000 qui pourrions, suite à l'adoption du projet de loi, informer les Québécois et les Québécoises de ses tenants et aboutissants. Je ne sais pas comment vous le voyez puis, concrètement, je ne sais combien vous chargeriez au gouvernement pour faire cette information-là, s'il y avait un coût. Je ne sais pas quelle serait votre récompense pour le faire, quel intérêt vous auriez. J'aimerais que vous nous en parliez un peu plus.

M. Savard (Denis): Directement dans le mémoire qu'on vous a présenté, lorsqu'on parle de communiquer l'information, c'est stipulé que les membres, au niveau de la communication de l'information, le feraient de façon gratuite. Par contre, l'élément important, c'est que l'offre de partenariat est au niveau de permettre que l'on mette en commun les professionnels à la fois du gouvernement et de chez nous pour rédiger ou élaborer des dépliants informatifs qui seraient mis à la disposition des 13 000 intermédiaires du Québec, qui rencontrent sur une base quotidienne des centaines de personnes et qui pourraient, dans un délai très, très court, sensibiliser l'ensemble de la population au régime.

M. Boucher: Merci, M. Savard.

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

M. Beaudet: M. le Président, à la page 19 de votre mémoire... Moi aussi, j'aimerais vous remercier d'être venus partager avec nous vos expertises, il va sans dire.

À la page 19 de votre mémoire, vous mentionnez deux éléments qui touchent des points qui nous inquiètent: un, c'est la taxe qui s'applique aux régimes d'assurance collective, et l'autre, c'est la hausse des cotisations de 5 %. Est-ce que vous croyez vraiment que, dans la démarche que le gouvernement va entreprendre, il va

faire disparaître la taxe sur les régimes d'assurance collective ou si, plutôt, il n'ajoutera pas la taxe sur les régimes d'assurance privés, d'une part? Et, d'autre part, est-ce que la hausse de cotisation de 5 % pour en arriver à la mutualisation vous apparaît, après les informations qui nous ont été transmises dans les derniers jours, quelque chose de réaliste ou si ce n'est pas plus du 10 % ou du 15 % ou du 20 %?

M. Savard (Denis): Je ne voudrais pas entrer dans un débat au niveau du... Parce que vous avez sans doute des informations plus précises à ce stade-ci. Ce que je veux vous dire principalement à l'égard des mesures qui pourraient être prises afin de maintenir les coûts, c'est qu'on pense que le fait que l'assurance collective au Québec qui est distribuée, que les employeurs offrent à leurs employés, soit assujettie à une taxe; cette taxe pourrait encourager certaines personnes à passer d'un régime collectif à un régime individuel. On pense que faire ce passage-là ne serait pas avantageux pour les entreprises, au contraire.

Si cette taxe était retirée à ce moment-ci — sachons que c'est uniquement au Québec que cette taxe sur l'assurance collective est perçue — je pense que ce serait un moyen incitatif pour justement redonner de la vigueur à l'ensemble des régimes collectifs employeurs-employés au Québec et pour permettre aux employeurs, si éventuellement il y avait, à cause de ce régime, une hausse, aussi minime soit-elle, des frais pour les entreprises du Québec... que cette diminution de taxe, cette disparition de la taxe leur permettrait d'absorber une hausse due au régime, si hausse il y a. Mais notre préoccupation est à l'effet d'empêcher que des consommateurs passent d'un régime collectif taxé à un régime individuel qui ne l'est pas. Amener, à ce stade-ci, une taxe additionnelle sur le produit individuel en viendrait à taxer sur une taxe indirecte. Donc, je ne pense pas que ce soit l'objectif du gouvernement au moment où on se parle.

M. Beaudet: Le 5 % sur les cotisations, dans la mutualisation de toutes les polices d'assurance, est-ce que vous croyez que ça va être du 5 % ou du 15 %?

M. Savard (Denis): Je pense que je vais permettre à mon confrère de répondre à cette question.

M. Poirier (Alain): Je vois que la proportion de 5 % est quand même assez juste, parce que, si on considère que les personnes plus à risque, comme les personnes âgées et les assistés sociaux, vont quand même demeurer avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec... On parle surtout d'un noyau de personnes qui sont quand même des travailleurs autonomes ou des micro-entreprises, comme on pourrait dire, qui, eux, ne peuvent s'assurer parce qu'ils n'ont pas accès, justement, à ces régimes collectifs parce qu'ils ne sont pas assez nombreux pour pouvoir y accéder. Selon nous, une augmentation de 5 %, c'est quand même assez précis.

M. Beaudet: Dans l'estimation que le ministre a faite pour l'an prochain, c'est-à-dire pas en 1997 mais 1997-1998, il estime aller chercher, en économie, 300 000 000 \$. Comme on sait que, dans la portion de la population qui n'est pas couverte actuellement, soit 1,1 % à 1,3 % de la population, il y a une consommation de 250 000 000 \$ de médicaments par année, donc on va demander à la collectivité d'assumer ce 250 000 000 \$, d'une part, plus le 300 000 000 \$ d'économie que le ministre veut aller chercher. Donc, on parle d'une ponction de 550 000 000 \$. Pensez-vous toujours que votre 5 % est suffisant?

M. Rochon: Excusez...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y aurait une précision, M. le député d'Argenteuil, que le ministre voudrait fournir avant de...

M. Rochon: Avant que les gens répondent, une précision que je vais demander à notre collègue d'Argenteuil. Les gens qui n'ont pas d'assurance présentement et qui vont devenir assurés — puis c'est aussi les informations que j'ai — consomment pour à peu près 250 000 000 \$ présentement. Ces gens-là vont payer quand même. Il y a beaucoup de ces gens-là qui vont contribuer par la prime, dépendant de leur niveau de revenus, une prime totale ou partielle. Alors, je ne pense pas qu'on puisse additionner, à moins que je n'aie manqué quelque chose dans votre raisonnement, qu'on puisse additionner l'économie qui va être faite plus le coût de consommation de ces gens-là, parce que... je ne pourrais pas vous dire en quelle proportion, mais, pour une majeure proportion, ils vont payer leur quote-part.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): La réponse, M. Savard, à la question qui a été posée, s'il vous plaît.

M. Savard (Denis): Je pense que M. le ministre vient de donner une bonne partie de la réponse, et c'est la remarque que j'aurais voulu formuler. Je pense que nous ne voulons pas entrer dans ce débat au niveau des chiffres comme tels parce que ce n'est pas notre champ d'expertise.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Avant de passer la parole au député de Rivière-du-Loup, j'aimerais simplement vous souligner que j'ai demandé au ministre d'élaborer un petit peu plus sur la question de la taxe, parce que la question posée, l'interprétation que vous lui donnez, je pense que ça mériterait que le ministre vous réexplique sa façon à lui de voir la taxe, sur cette question-là, est-ce que ce sera considéré comme individuel ou collectif, etc. M. le député de Rivière-du-Loup.

M. Copeman: Est-ce qu'il va également expliquer la façon de voir du ministre du Revenu là-dedans?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Rivière-du-Loup.

M. Dumont: Merci, M. le Président. D'abord, je tiens à remercier les gens de l'AIAPQ pour leur présentation. Ma question va porter sur la page 12 du mémoire. Il y a une toute petite phrase qui dit: «Plusieurs voudront présenter ce produit [...] comme une formalité obligatoire.» Les deux paragraphes qui suivent insistent sur les dangers de le présenter comme une formalité, et je comprends bien votre point de vue. Je serais tenté de poser ma question sur le deuxième mot de la formule «formalité obligatoire», sur le mot «obligatoire», c'est-à-dire que le fait qu'on le présente comme une formalité, je pense que ce que vous voulez nous dire, c'est que plusieurs personnes, si on le présente comme une formalité, vont ramasser ça à la caisse comme les assurances-voyages ou d'autres assurances qui sont vendues en un tournemain et sans que les gens analysent vraiment ou puissent faire des comparaisons puis savoir toutes les implications.

• (22 h 50) •

Ma question, c'est: Est-ce que vous ne pensez pas aussi que le fait que ce soit obligatoire, dans la profession que vous représentez — comment appeler ça — c'est un nouveau rapport de force, presque? C'est-à-dire que, présentement, les gens ont le choix de s'assurer ou de ne pas s'assurer. Dans le cas qui nous occupe, il va y avoir maintenant une obligation de détenir une police et... C'était ça, ma question: Est-ce que vous ne pensez pas que ça rend justement encore plus nécessaire, le fait que les gens soient dans une obligation d'aller vers une police d'assurance, l'encadrement professionnel de la distribution, et que, justement, les gens n'arrivent pas puis qu'ils s'aperçoivent que, là, il leur reste quelques jours pour se conformer à ça puis, vu qu'il leur reste rien que quelques jours... D'autant plus que la plupart des gens qui n'ont pas d'assurance-médicaments à l'heure actuelle, je ne pense pas me tromper en disant que ce sont des gens qui n'ont pas une vaste panoplie d'assurances de toutes sortes déjà. C'est souvent des gens qui ne font pas affaire avec... Ils n'ont pas leur assureur, là. Ils ne font affaire avec aucun intermédiaire. Donc, ils vont aller vers où ils font affaire. Puis, si la place où ils font affaire, c'est la caisse ou c'est une banque ou c'est un endroit où ils vont, puis ils connaissent le caissier ou la caissière, puis ils se font offrir quelque chose parce que, là, il leur reste quelques jours et que ça risque justement d'amener que des produits soient vendus un peu plus... je ne veux pas dire à la sauvette, là, mais soient vendus un peu plus vite...

M. Savard (Denis): C'est directement le niveau de nos préoccupations. Ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est justement qu'il y ait à la fois l'achat d'un produit sans comprendre la nature du produit, qu'il y ait aussi... je ne dirai pas une surconsommation de médicaments, mais une surconsommation d'assurances, que des personnes se retrouvent assurées à deux endroits différents

parce qu'elles ont une protection qui n'est pas nécessairement complète au travail, mais... Pour être en mesure de faire la différence entre les paramètres de la protection qui est offerte sur l'assurance collective qu'elle détient et celle sur un programme individuel, je pense que ça va prendre des gens qualifiés pour être en mesure de faire les discernements qui s'imposent à ce niveau-là et permettre que la personne puisse comprendre les avantages de son régime d'assurance collective versus celui d'assurance individuelle auquel elle pourrait être sollicitée ou incitée à adhérer.

Donc, je pense que ça dénote l'importance d'une intervention professionnelle au moment de l'acquisition de ce produit.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autre question, M. le député de Rivière-du-Loup? Est-ce qu'un autre membre de la commission a d'autres questions? Est-ce que, M. le ministre, vous avez une autre question?

M. Rochon: J'aurais peut-être, oui, une remarque pour voir si ça suscite un commentaire de votre part. À la page 18 de votre mémoire, vous faites référence à l'utilisation d'une carte qui permettrait, en traitement interactif, de demander aux gens de ne payer que leur coassurance, par exemple, plutôt que de payer le montant au total et d'être remboursés après. En faisant la remarque, présentement, dans les pratiques établies, il y a peut-être... puis je pense que beaucoup nous disent qu'effectivement il y a un effet qui aide à contrôler la consommation, si les gens doivent payer le montant au complet. Peut-être que, dans certains cas, ce n'est pas vraiment si important que ça, les gens laissent faire ou reportent à plus tard.

Mais vous avez réalisé que, dans la proposition du régime qui est faite, il n'y a rien qui empêcherait les régimes collectifs de continuer cette pratique s'ils le souhaitent, mais que la capacité de gérer en interaction le système, surtout pour les gens qui sont à plus faibles revenus, peut devenir importante pour eux, quitte peut-être à sacrifier un des freins possibles à la consommation. Ça contrebalance ce que beaucoup nous ont dit qui peut être la difficulté d'avoir accès aux médicaments, à cause d'un manque de liquidité, pour des gens qui ont un revenu assez faible.

Est-ce quand même votre expérience que, dans des situations comme ça, on a un peu la balance des inconvénients, là, à calculer?

M. Savard (Denis): Il est bien sûr que le frein à la consommation, quand le consommateur doit lui-même déboursier intégralement et se faire rembourser, est plus important que lorsqu'il n'a qu'à payer la charge, mettons, de 2 \$ en présentant sa carte. Par contre, cet élément-là est indispensable pour les personnes qui ont besoin de se procurer le médicament et qui n'ont pas les ressources financières. Je pense qu'on doit maintenir pratiquement les deux formes, si c'est possible, les

assureurs privés ayant le choix des deux formules. Et je pense que c'est un élément important au niveau du frein à la consommation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Sur la question de la taxe, il est bien évident que c'est une question qui est à être étudiée et précisée davantage parce que... Quand le ministre dit: Les gens pourront garder un régime à l'intérieur du régime où se retrouvent vie, frais médicaux, assurance-invalidité long terme, etc... Alors, la partie frais médicaux, à l'heure actuelle, est taxée. Si on fait un régime et qu'il est considéré comme individuel, je pense, quelque part, qu'au niveau gouvernemental... Mais j'ai l'impression que ça va se préciser, ça, dans les prochains jours.

M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, est-ce que vous aimeriez faire la conclusion pour votre formation?

M. Copeman: Oui, juste pour, encore une fois, remercier, M. le Président, l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec pour leur mémoire. Messieurs, mesdames, on prend bonne note des préoccupations que vous avez exprimées touchant la hausse des coûts, la confidentialité, la libre concurrence, la question des taxes. Je pense que c'est important. À un moment donné, il va falloir que le gouvernement, comme dit si bien notre président, clarifie la chose. Je ne sais pas si ça va être le ministre de la Santé ou le ministre du Revenu ou le ministre des Finances. Le ministre de la Santé est très transparent avec les objectifs de son nouveau régime d'assurance-médicaments, en partie à cause, selon lui, des impératifs budgétaires. Je pense que la question de la taxe est importante parce que ça se peut que les impératifs budgétaires exercent également une certaine pression sur cette décision-ci.

Alors, nous vous remercions. On va tenir compte de vos préoccupations quand on sera au stade très important de l'étude détaillée, article par article, en commission parlementaire. Espérons qu'on aura le temps de le faire comme il faut.

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

M. Rochon: M. le Président, sur cette question de la taxe, il faut bien réaliser que ce n'est pas le programme proposé qui crée cette situation. C'est quelque chose qui existait déjà. On a commencé un peu... Il va falloir faire un petit peu de recherche historique pour rappeler pourquoi, quand on a mis une taxe, on l'a mise sur des régimes collectifs puis on ne l'a pas mise sur des régimes individuels. Une explication possible qu'on m'a dit, c'est peut-être qu'à l'époque les régimes de polices individuelles étaient tellement peu nombreux que ce n'était pas vraiment significatif dans ce sens-là. Mais, là, il faudrait faire bien attention, parce que, comme vous dites, est-ce que c'est le ministre des Finances ou le ministre de la Santé qui aura à statuer là-dessus?

Parce que la logique peut jouer dans les deux sens. On peut enlever la taxe au collectif ou on peut décider, en termes d'équité, de taxer l'individuel pour que les deux soient équilibrés de la même façon. Mais, sérieusement, il faudra regarder ça plus en profondeur, plus en détail et voir aussi quels seraient les effets sur ce qu'on peut suspecter ou craindre comme effets pervers de glissement ou de transfert de clientèle. Est-ce que ça joue ou pas? Ou est-ce qu'il y a d'autres avantages que peuvent avoir des gens, sur le plan financier, qui ont accès à un régime collectif qui peut faire le contrepoint par rapport à certaines situations qui sont différentes pour l'accès à un régime individuel? Il faudra voir. Il y a un travail à faire là-dessus pour voir comment les ajustements pourront et devront se faire.

Je vous remercie beaucoup aussi de votre contribution. On peut sûrement dire que, dès qu'on pourra mettre un régime comme ça en place, vous êtes, par votre profession, des gens qui vont être placés pour aider beaucoup à informer les gens et les sensibiliser sur leurs besoins et comment ils peuvent se protéger contre le risque que peut causer le besoin de médicaments, et que même si l'information générale aide toujours dans un système comme ça, il n'y a rien comme une information individualisée et personnalisée comme vous pouvez le faire. On comptera sûrement sur votre collaboration. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Comme président de la commission, je voudrais, moi aussi, vous remercier. Le point majeur, je pense, de votre mémoire retient l'attention de tous les membres de la commission, de tous les partis, parce que ça revient souvent depuis qu'on a commencé nos consultations, c'est la préoccupation constante de comment on va informer le consommateur, comment on va pouvoir, avec un tel programme, être près du consommateur. Vous autres, vous en avez fait la préoccupation première. C'est à apprécier de par tous les membres de la commission, je pense bien.

Vous semblez manifester le désir de vous exprimer avant de quitter. M. Savard.

• (23 heures) •

M. Savard (Denis): Oui. D'abord, je voudrais remercier la commission de nous avoir reçus. Je voudrais tout simplement apporter une précision sur l'élément taxe, qui aussi a retenu l'attention. Cet élément, pour nous, est quand même très important, parce qu'il faut comprendre qu'un consommateur, quand il adhère ou qu'il achète un produit d'assurance de personnes, s'il a à payer une taxe, il va réduire le montant de sa protection, et, à ce moment-là, ça rend le gouvernement, indirectement, plus rapidement à prendre en charge le consommateur, parce que, s'il doit réduire sa protection, c'est directement taxer la veuve et l'orphelin et devoir prendre en charge plus rapidement une famille qui se retrouve avec un membre décédé.

Donc, je pense qu'il faut être prudent quand on parle d'une taxation qui s'adresse à ces produits en

assurance de personnes. Et c'est pour ça qu'on pense que le meilleur, ce serait de profiter de l'occasion pour retirer cette taxe sur l'assurance collective. C'est le moment opportun de le faire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup. J'invite maintenant les représentants de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida à s'approcher.

À l'ordre, s'il vous plaît! Vous me permettez, compte tenu de l'heure, d'y aller immédiatement. Encore une fois, je m'excuse de vous avoir fait venir aussi tardivement dans la soirée. J'ai expliqué tout à l'heure le pourquoi. Je vous invite à faire vos 20 minutes de remarques et à nous faire connaître qui s'adressera à nous, avec les fonctions.

Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ Sida)

M. Gélinas (Jacques): Alors, bonsoir. Vous comprendrez qu'aucun bâillement ne sera retenu contre vous.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gélinas (Jacques): Alors, je suis Jacques Gélinas. Je suis le président du conseil d'administration de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. À ma gauche, M. Pierre Desmarais, de la Société de l'hémophilie du Québec et membre du comité de traitement provincial au niveau des médicaments. À ma droite, Mme Lyse Pinault, directrice générale de la Coalition provinciale.

En commençant, je veux souligner que, dans votre document, vous avez un errata qui se retrouve à la dernière page, sur la dernière recommandation que nous avons faite. Je profite de ces moments pour vous remercier de nous avoir invités à présenter un mémoire à cette commission.

Alors, la Coalition des organismes communautaires québécois est le regroupement de l'ensemble des organismes et maisons d'hébergement communautaires sida au Québec. Notre rôle en est un de concertation et de représentation de 37 organismes membres et des personnes vivant avec le VIH-sida de la province. Nous sommes les porte-parole de ces organismes tant à l'échelle québécoise que canadienne. Notre mandat est de représenter les membres afin de favoriser l'émergence d'une action concertée dans les dossiers d'intérêt commun. Notre rôle est de faire reconnaître l'expertise et l'apport des organismes communautaires dans la lutte contre le sida, ceci afin de s'assurer que nos organismes seront engagés ou consultés lors de l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des politiques de santé concernant cette problématique. Finalement, nous facilitons et encourageons la participation des personnes vivant avec le VIH-sida à tous les niveaux de l'action communautaire.

En résumé, nous nous voulons le point d'appui de tous les organismes communautaires qui, à chaque jour, luttent contre le sida, et notre principal objectif est d'assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes vivant avec cette réalité, que ceux-ci reçoivent des soins et services adaptés, que l'existence de programmes de prévention soit assurée et que soient mises en place les ressources nécessaires, tant humaines que financières, pour contrer le VIH-sida.

La population touchée par le VIH est majoritairement jeune, représentant ainsi entre 10 000 à 12 000 Québécois et Québécoises se situant principalement dans la tranche des 20 à 35 ans. Ces citoyens et citoyennes sont, comme la grande majorité des Québécois de cette génération, dans des emplois précaires ou sont carrément sans emploi. Environ 80 % d'entre eux vivent à Montréal, une des villes du Québec les plus touchées par le chômage et où le seuil de faibles revenus pour une personne seule se situe à 16 175 \$, selon le Conseil national du bien-être.

Le virus de l'immunodéficience humaine est relativement jeune, étant apparu vers les années 1979-1980. Il a fait l'objet de recherches importantes depuis le milieu des années quatre-vingt. Heureusement pour ceux et celles qui sont touchés par ce virus, la science a fait déjà, depuis les dernières années, d'importantes découvertes et continue d'en faire. Toutefois, l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements est toujours accompagnée de coûts prohibitifs pour les personnes qui doivent y avoir recours.

Le projet de loi de l'assurance-médicaments du gouvernement du Québec est donc pour nous de première importance. Actuellement, au Québec, les organismes communautaires de lutte contre le sida distribuent près de 400 000 \$ en médicaments par le biais de différents fonds de dépannage. Nous considérons cette tâche comme tout à fait en dehors de notre mission, mais nous ne pouvons refuser de reconnaître et d'aider ceux et celles qui, parmi nous, sont les plus démunis. Cette responsabilité incombe à l'État, qui doit à notre avis s'assurer de la mise en place des mécanismes nécessaires afin que les citoyens et citoyennes conservent leur santé le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions possibles.

Nous avons procédé à la lecture du rapport d'experts sur l'assurance-médicaments qui a précédé le projet de loi et au projet de loi lui-même. Nous sortons plus inquiets de la lecture du second que du premier. Tout en étant conscients qu'une loi ne peut être aussi élaborée que la recherche qui la précède, des éléments qui nous apparaissent importants, pour ne pas dire incontournables et fondamentaux, devraient selon nous y être obligatoirement enchâssés. Voici donc nos questionnements et nos principales recommandations.

Concernant les assureurs et les régimes d'avantages sociaux, le projet de loi mentionne que la prime de risque sera fixée par le gouvernement après consultation auprès des assureurs. Sommes-nous certains que cette prime de risque sera établie en fonction de l'expérience,

c'est-à-dire en lien avec les revenus de prime potentiels et le niveau de prestations? Cette question peut vous paraître technique, mais elle est pour nous d'une grande importance. Nous ne voulons pas que chaque citoyen et citoyenne ait à fournir de rapport d'assurabilité aux assureurs ou aux employeurs. Les personnes vivant avec le VIH-sida attachent beaucoup d'importance, avec raison d'ailleurs, à la confidentialité de leur statut, ceci, vous le comprendrez, en raison des préjugés et de la discrimination dont sont malheureusement encore victimes trop de personnes vivant avec cette réalité. Aussi longtemps que, socialement, la réalité n'aura pas changé, cette maladie ne sera pas considérée au même titre qu'un cancer du poumon ou qu'un problème cardiovasculaire. Pour ces raisons, tant qu'il ne leur est pas nécessaire d'avoir recours à des médicaments spécialisés, nous croyons qu'il est fondamental qu'elles puissent conserver leur anonymat.

De plus, afin d'éviter des pertes d'emploi déguisées sous des allégations d'incompétence, des évictions de logement parce que les voisins sont apeurés, afin que les personnes ne se retrouvent encore plus isolées et ostracisées, il faut absolument s'assurer de la non-obligation de la déclaration du statut sérologique ou encore des tests de dépistage obligatoires parce que des personnes seraient identifiées comme ayant des comportements dits à risque.

Signalons aussi que l'assureur fixera lui-même ses frais d'administration. Comment pouvons-nous être sûrs que ceux-ci n'iront pas par ce biais bonifier leurs revenus de primes? Il y a dans ces compagnies des pourcentages déterminés ou des standards de référence pour couvrir les frais, souvent entre 4 % et 5 %. Ceux-ci devraient aussi faire l'objet d'ententes avec le gouvernement. Dans les petites entreprises, l'assurance collective est accessible aux employés donnant des preuves d'assurabilité satisfaisantes pour l'assureur. Afin de protéger la confidentialité de leur situation, les personnes atteintes du VIH ne s'inscrivaient pas à l'assurance. Maintenant que l'assurance sera obligatoire, le sera-t-elle sans ces preuves, ou verra-t-on apparaître deux types d'assurés dans une même entreprise: ceux qui sont protégés par le contrat initial et ceux qui n'auront que la couverture obligatoire selon la loi? Les assureurs ayant l'obligation d'assurer, selon les conditions de la loi, quel motif pourrait-on invoquer pour résilier ces contrats, en dehors du non-paiement des primes? Qu'arrivera-t-il aux assurés de ces contrats? En fait, le projet nous semble beaucoup trop vague en ce qui a trait au passage d'un régime privé au régime gouvernemental, ou même d'un régime privé à un autre régime privé. Y aura-t-il des services d'aiguillage, ou chacun devra-t-il chercher dans le bottin téléphonique un assureur qui voudra bien l'accepter dans le délai prévu de 30 jours? Nous recommandons donc que la loi précise, spécifiquement et clairement, que les assureurs privés n'ont pas la possibilité d'obliger à une déclaration d'assurabilité ou n'ont pas la possibilité d'obliger au recours à un test de dépistage afin de rendre éligible à l'assurance-médicaments.

Les responsabilités du régime. Les situations où les médicaments et les traitements seront accessibles gratuitement ne sont pas précisées dans la loi. On nous a informés qu'une personne hospitalisée obtiendrait gratuitement les médicaments nécessaires. Qu'en est-il des autres lieux de dispensation des services médicaux, tels que les centres hospitaliers de longue durée, les traitements donnés en clinique de jour des hôpitaux, etc.? Est-ce qu'une personne passera du statut de travailleuse ou de chômeuse à celui d'assistée sociale? De quelle manière et à quelle vitesse se feront les modifications à son statut au niveau de la prime, de la franchise, de la coassurance?

• (23 h 10) •

La loi parle de changements lors de la déclaration annuelle d'impôts; comment ces personnes pourront-elles continuer à assumer les primes d'un assureur privé ainsi qu'une franchise et une coassurance au-dessus de leur capacité de payer? Pour les personnes vivant avec le VIH-sida, cette question est de première importance, car à un certain stade de l'infection elles auront toutes à payer le maximum prévu à cause du coût très élevé de la médication. Nous recommandons donc que des mécanismes rapides soient mis en place afin de s'assurer d'une réponse efficace aux besoins concernant les médicaments lorsqu'une personne voit son statut changé. De plus, que l'on fasse en sorte, que la loi ait toute la latitude nécessaire pour faire face à des situations non prévisibles actuellement, afin d'éviter que des personnes se retrouvent dans un «no man's land» administratif et se voient ainsi privées de toute couverture pertinente.

L'accès aux médicaments de pointe. À la page 117, le rapport d'experts sur l'assurance-médicaments parlait de l'accès aux médicaments de pointe. La loi parle, quant à elle, de comité de révision des listes de produits accessibles, mais sans fournir aucun indicateur sur la rapidité avec laquelle travaillera ce comité. Les traitements du VIH évoluent à grande vitesse. Il est pour nous primordial que les nouvelles thérapies soient accessibles rapidement. Ces nouveaux traitements ne pourront pas toujours prouver la valeur coûts-bénéfices à laquelle se référerait le rapport d'experts sur l'assurance-médicaments. Pour la COCQ Sida, l'accès rapide à des médicaments de pointe est une question qui doit être traitée d'un point de vue humanitaire et non seulement économique. De plus en plus, les nouvelles molécules pour le traitement du VIH apportent un prolongement sensible de la vie, et surtout de la qualité de vie, permettant ainsi aux personnes infectées de maintenir des rapports productifs à notre société.

De plus, le comité d'étude des nouvelles thérapies, tel que prévu dans la loi, ne fait mention que de la représentation des corps médicaux ou pharmaceutiques. Le ministère de la Santé et des Services sociaux nous parle continuellement de mettre le citoyen au centre de ses actions; nous sommes particulièrement d'accord avec ce principe. Nous recommandons donc que des représentants et des représentantes des communautés touchées

puissent être associés au comité d'étude des nouvelles thérapies et que ces nouveaux produits pharmaceutiques soient d'abord et avant tout analysés en fonction de leur impact positif sur la santé des personnes vivant avec le VIH-sida et non en fonction de la seule considération des coûts à court terme.

Les systèmes d'information et la confidentialité. L'informatisation sera la base de toute la mécanique et du bon fonctionnement de ce projet. Il n'est aucunement fait mention dans le projet de loi de la protection des informations privées qui seront incorporées dans ces banques de données informatisées. De plus, afin d'arriver l'administration gouvernementale à celle des assureurs privés, des ponts de transfert des informations devront être établis entre les différents réseaux. Nous voyons là un danger de première importance de bris de confidentialité. Il ne faut pas sous-estimer l'attrait que représentera l'accès, même partiel, à ce réseau d'informations pour beaucoup d'entreprises. Cette loi doit nécessairement prévoir des repères éthiques en ce qui concerne l'accès aux informations ainsi qu'au choix des informations spécifiques qui seront connues dans des banques. À notre avis, un comité de surveillance devrait obligatoirement être mis en place sur une base permanente afin de protéger tous les individus contre les conséquences potentiellement néfastes d'un tel réseau.

Enfin, ce système d'information pourra peut-être permettre de repérer ou de contrôler des coûts d'utilisation de médicaments parfois abusifs. Cependant, il est pour nous très dangereux d'initier ainsi, par la simple volonté de contrôle de coûts, une standardisation de la médecine. La tentation d'établir des profils autorisés de traitement sera très grande, et la loi devrait prévoir des mécanismes qui maintiendront la liberté de choix, des usagers comme des médecins. Nous recommandons donc que les systèmes d'information, tant celui du ministère que celui des assureurs privés, contiennent dès leur création les mécanismes de protection maximum afin de limiter l'accès à toutes les banques de données ainsi constituées, pour ainsi préserver la confidentialité du dossier médical des individus.

L'information et la formation. Parmi les nombreux «portés disparus» du rapport d'experts sur l'assurance-médicaments, la question de la formation et de l'information nous semble primordiale. Ces deux éléments peuvent apporter une meilleure qualité de vie pour les usagers et contribuer à la diminution des coûts relatifs aux traitements. Ceci dit, que l'on retrouve encore, en mai 1996, près d'un millier de personnes séropositives en monothérapie à l'AZT, alors que depuis presque un an déjà nous savons avec certitude que ce traitement est inefficace en comparaison des autres avenues pharmaceutiques, cela nous semble fondamentalement «inéthique» et, en même temps, un excellent exemple de l'urgent besoin de formation et d'information des intervenants médicaux. N'oublions pas qu'en plus de provoquer chez ces usagers des mutations de virus qui pourront affecter irrémédiablement l'efficacité de la prise

d'autres médicaments, le gouvernement injecte mensuellement des sommes importantes presque inutilement.

Les organismes communautaires de lutte contre le sida, dans une volonté d'autohabilitation des personnes atteintes, tentent, avec peu de moyens, de former et d'informer les personnes qui vivent avec le VIH-sida afin qu'elles puissent elles-mêmes informer leur médecin traitant. Si nous voulons offrir aux personnes vivant avec le VIH-sida les médicaments qui leur permettront de maintenir leur apport à la société québécoise, il faudra bouger rapidement. Ailleurs, déjà, il y a un accès aux inhibiteurs de protéase ainsi qu'à la gratuité des tests de charge virale qui permettront de juger efficacement des traitements offerts gratuitement. En janvier 1996, alors que nous débattons encore de l'accès au 3TC, le gouvernement français se battait avec les compagnies de produits pharmaceutiques afin d'obtenir des inhibiteurs de protéase, médicaments pour lesquels nous sommes encore en attente. En ce sens, les fonctionnaires des différents comités responsables seront-ils plus proactifs avec cette loi? Nous recommandons donc que le ministre s'assure que les personnes responsables de la prescription des médicaments soient véritablement à la fine pointe de l'information afin d'éviter que certaines personnes qui vivent avec le VIH-sida subissent de graves préjudices et une détérioration plus rapide et souvent irréversible de leur état de santé.

● (23 h 20) ●

La contribution des citoyens et des citoyennes. À brève échéance, le traitement de l'infection au VIH pourra, dans certains cas, se faire très tôt. Une des conséquences de cette nouvelle réalité sera la prise en combinaison de trois médicaments de pointe qui totaliseront une dépense individuelle de près de 12 000 \$ par année. Les personnes vivant avec le VIH-sida auront donc, à un moment ou un autre, à payer le maximum des contributions du régime d'assurance-médicaments. Dans la région de Montréal, où vivent 80 % des personnes atteintes, le seuil de faibles revenus établi par le Conseil national du bien-être social est fixé à 16 175 \$ par année, ce qui est, rappelons-le, la réalité de nombreuses personnes vivant avec le VIH-sida. Comment peut-on concevoir qu'une personne ayant des revenus nets, avant impôts, entre 10 400 \$ et 16 175 \$ puisse verser de 750 \$ à 926 \$ pour se procurer ses médicaments requis par son état de santé?

Les facteurs qui permettent de maintenir la vie des personnes séropositives sont les médicaments, une bonne alimentation et l'absence de stress. Pour les personnes démunies, une seule de ces conditions essentielles pourra être remplie. Auparavant, les personnes atteintes rognaien sur leurs médicaments; maintenant, l'assurance devenue obligatoire, le feront-elles sur l'alimentation, le loyer, sans parler des stress encourus? Cela représente, à notre avis, un simple déplacement du problème. Ayant cru, au départ, que ce projet de loi permettrait le maintien des personnes au travail, nous craignons sincèrement qu'il en pousse encore plusieurs à recourir à l'aide sociale. Dans notre expérience de contributeurs à l'accès

aux médicaments, nous accordons un soutien total à toute personne ayant des revenus annuels de 13 968 \$, et nous considérons cela comme une gestion de la pauvreté. Devrons-nous encore dépenser des énergies incroyables pour autofinancer des fonds de soutien?

De plus, nous nous interrogeons sur la façon dont les personnes assurées dans le réseau PDV, pourront accéder à leurs médicaments. Une formule de type CAP sera-t-elle obligatoire? Ou les personnes devront-elles déboursier 1 000 \$ par mois et effectuer une demande de prestations? Il est clair que, dans le cas du VIH-sida, il faut absolument obtenir un accès direct. Nous recommandons donc que les seuils de revenus deviennent l'équivalent des seuils de faibles revenus tels qu'établis par le Conseil national du bien-être social, et que la prime soit ajustée en conséquence, et que le plafond de contribution soit réduit, pour les personnes dont le revenu est inférieur à cela, réduit à 300 \$.

Mesdames, messieurs, nous vous remercions de votre attention malgré l'heure tardive.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Monsieur, nous vous remercions.

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

M. Rochon: Merci, M. le Président. Première question que j'aimerais soulever, sur la question de la prime. Vous dites d'abord, aux pages 2 et 3 de votre mémoire, la crainte qu'on peut avoir que la prime soit trop haute ou évolue à un rythme qui pourrait devenir peut-être un peu prohibitif pour les gens ou, comme vous dites à la page 3, que les assureurs fixent les frais d'administration en voulant bonifier la prime.

Le projet de loi prévoit, d'abord dans son article 28... oui, il y a ça... et la référence que vous faites aux conditions d'assurabilité. Pour les conditions d'assurabilité, l'article 28 du projet de loi nous dit que: «Nul ne peut, pour la partie relative au régime général — le régime qui est mis sur pied pour tout le monde — refuser d'assurer une personne admissible ou refuser son adhésion à une assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux en raison du risque particulier qu'elle, son conjoint ou son enfant représente, notamment à cause de son âge, de son sexe ou de son état de santé.»

Et, pour ce qui regarde la prime, à l'article 41, on dit que le montant de la prime de risque en assurance individuelle, c'est un montant qui a... on en décortique les différentes composantes, mais on dit que c'est un montant qui va être fixé par le gouvernement sur recommandation de l'Inspecteur général des institutions financières. Il reste la prime collective, mais, ça, on a toute une expérience où c'est établi à la suite de négociations des employeurs, des employés, et il y a une pratique d'établie de ce côté-là.

Alors, dans les deux cas, est-ce que ça vous semble quand même suffisamment balisé, qu'on dise carrément qu'on ne peut pas exclure quelqu'un pour des

raisons de santé, et l'autre, que la prime ou l'individu, en prime individuelle, ne pourra peut-être pas avoir le rapport de force pour négocier avec l'assureur, et le gouvernement va la fixer? Pour les autres, dans le régime collectif, il y a un rapport de force qui existe et une pratique. Ou est-ce qu'il faudrait essayer de baliser encore plus, à ce que vous nous dites?

M. Gélinas (Jacques): Pour la première interrogation, à ma connaissance, ça ne balise pas suffisamment, parce que ça ne dit pas que, même si l'assureur est obligé de m'assurer, ça ne dit pas qu'il ne peut pas me demander une preuve d'assurabilité ou qu'il ne peut pas évaluer les risques que je représente éventuellement. Même si, aujourd'hui, je suis en bonne santé, ça ne balise pas le fait que l'assureur puisse me dire: Monsieur, je vous demande de passer un test de dépistage du VIH. Et, même si je suis atteint et que je n'ai aucun symptôme et que je ne prends aucune médication reliée au VIH, la loi ne balise pas cette réalité-là, ne la dit pas.

M. Rochon: J'ai de la difficulté à vous suivre, là, parce que la loi fait obligation d'assurer indépendamment des conditions d'âge ou d'état de santé, et d'assurer tout le monde dans les mêmes conditions.

M. Gélinas (Jacques): Oui.

M. Rochon: Alors, ça ne donne rien à un assureur de demander quoi que ce soit, de faire les frais d'un examen ou de l'autre, il ne peut pas prendre de décision différente sur la base de cette information-là.

M. Gélinas (Jacques): Vous savez, et moi par expérience, pour remplir différents formulaires d'éligibilité au niveau des assurances, qu'actuellement l'ensemble des formulaires au Québec demandent: Est-ce que vous avez déjà passé un test de dépistage du VIH-sida? Ces choses-là, c'est demandé presque automatiquement, et ça va, à mon sens, continuer.

M. Rochon: Bien, non...

M. Gélinas (Jacques): Et si on répond oui, actuellement, il est clair qu'on peut être refusé à l'assurance.

M. Rochon: Bien, c'est justement. Vous le dites, là, présentement, et c'est une des choses qu'on veut corriger avec le régime qui va être mis en place, une des difficultés de notre système actuel, c'est que les gens ou bien n'ont pas de couverture du tout ou ont des couvertures très variables de régime; certains sont assez généreux, d'autres, c'est des régimes de catastrophe seulement, et, effectivement, c'est la logique d'un régime où c'est purement le système privé qui est en place. Comme les gens ne peuvent pas assumer n'importe quel risque, ou bien on fait de l'exclusion, de la sélection de risques, comme on dit, ou, si on accepte d'assurer

quelqu'un qui présente un grand risque à cause de son état de santé ou de son âge, bien, on ajuste les primes en conséquence et ça peut devenir prohibitif. Ça, c'est la situation actuelle.

Mettre un régime en place avec un article dans la loi qui dit carrément qu'on ne peut plus faire de différence là-dessus... Remarquez que, pour une protection additionnelle, c'est d'autres législations qui disent dans quelles conditions on peut exiger des tests de dépistage pour une maladie ou pour une autre, entre autres pour le sida. J'essaie vraiment d'être concret, là, je ne peux pas voir comment... Parce que, dans cette loi-là, on ne peut pas non plus statuer de façon générale sur quelles sont les conditions dans lesquelles on peut demander ou pas des tests de dépistage. Madame.

Mme Pinault (Lyse): C'est surtout en assurance collective qu'on va arriver avec des paliers différents. En assurance individuelle, moi, ce que je comprends de votre projet de loi, il y a un projet de base qui sera le paiement, avec une franchise et une coassurance de x, y, et avec une liste de médicaments, bon. C'est un «package», ce n'est même plus une assurance collective; pour moi, c'est un produit de masse, là, et il devrait avoir une tarification ou des frais de gestion comme un produit de masse.

Mais, quand on arrivera en assurance collective, nous, dans notre petite organisation, on doit fournir, chacun, des preuves d'assurabilité parce qu'on a de l'assurance-vie, de l'assurance-salaire de courte et longue durée, etc. Quand j'engagerai un employé qui sera séropositif, est-ce qu'il aura la possibilité, dans une entreprise, de dire: Non, je ne remplis pas de formule. Je me prends une assurance ailleurs, ou mon assurance collective me donnera le plancher qui est l'assurance gouvernementale. C'est plus dans ces conditions-là. Quand on arrive en assurance individuelle, ce sera un «package» qu'on va aller s'acheter; on ne peut pas nous refuser, on ne nous posera probablement pas de questions. Mais, quand on va arriver en assurance collective, comment va-t-on faire la différence entre moi et mon voisin d'à côté, dans un «package» collectif?

M. Rochon: Mais c'est ce que le projet dit: «Nul ne peut, pour la partie relative au régime général, refuser d'assurer une personne admissible — individuelle — ou refuser son adhésion à une assurance collective».

Mme Pinault (Lyse): Mais il pourra toujours la refuser, son adhésion à une assurance collective, pour refuser de payer sa vie, son assurance-salaire de courte durée, de longue durée, et dire: Bon, bien, on est obligé de vous assurer en médicaments.

M. Rochon: Oui. En médicaments, ils ne peuvent pas rejeter quelqu'un. Si, pour d'autres assurances, il n'y a rien qui les empêche de le faire, ils ne pourraient pas si cette loi-là était adoptée comme ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si vous me permettez, dans le jargon de l'assurance, parce que je suis un petit peu plus familier, sur le projet uniquement concerné, la loi va s'appliquer. Excepté que ça ne change absolument rien, vous avez raison, à ce qui existe à côté. Un plan d'assurance individuelle, il ne sera pas touché ou concerné par ça. Les règles demeureront les mêmes, à moins que les assureurs les changent. Mais, uniquement sur ce plan-là, le projet de loi est assez clair que les assureurs devront accepter sans question médicale. J'imagine que ça va aller jusque-là. Excepté que, effectivement, pour les autres protections, que ce soit assurance-vie, salaire long terme, court terme, etc., ou frais médicaux additionnels, il n'y a rien qui nous dit actuellement qu'une compagnie d'assurances ne sortira pas un plan pour exempter, exemple, la franchise. Sur le plan individuel, les gens peuvent bien faire ce qu'ils veulent, et là, eux autres, ils poseront leurs conditions qu'ils veulent, mais ça n'aura pas un lien direct avec le projet de loi. Mais vous avez raison sur le plan de ce qui vous préoccupe, il y a des choses qui demeurent, c'est bien sûr, malheureusement.

Est-ce que, M. le ministre...

● (23 h 30) ●

M. Rochon: L'autre, la question de la prime. Je vais le rappeler, là, la loi prévoit que la prime de risque est fixée par le gouvernement sur recommandation de l'Inspecteur général, pour les assurances individuelles. Pour le collectif, on pensait le laisser comme ça parce que les forces du marché jouent bien présentement. Êtes-vous d'accord là-dessus?

Mme Pinault (Lyse): Je reste encore un petit peu avec mon bogue de tantôt quant à la prime. Est-ce que, dans une entreprise où l'assurance collective exige des preuves d'assurabilité — parce que, les petites entreprises, l'assurance collective, ce n'est pas une adhésion sans preuve — l'employé qui ne peut pas rendre compte d'une assurabilité valable pour embarquer dans la même assurance que ses collègues aura donc droit, par obligation de la loi, à seulement l'assurance-médicaments? Il va payer la même prime que celui qui a une assurance individuelle statuée par le gouvernement ou est-ce que la compagnie, à ce moment-là, pourra lui faire des frais différents?

Ce serait important que, pour toute personne, je pense, si on veut être équitable, qui n'a droit qu'au plancher d'assurance-médicaments du gouvernement, la prime soit pareille pour tout le monde. Si on exclut les seuils de pauvreté, dont on parle plus loin.

(Consultation)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le commentaire que, moi, je pourrais ajouter le temps que le ministre en discute, c'est que, encore une fois, je reviens toujours sur toute la partie qui va être considérée à part du régime. Les taux et les règles vont dépendre de chacun des assureurs, chacune des compagnies d'assurances.

Quant à la partie du plan, en allant dans le privé, c'est bien sûr qu'il y a une compétition qui va être permise et qui va permettre, justement, d'avoir les meilleurs taux possibles parce qu'il y a la compétition. Moi, je vous avoue que je le vois aller, dans ce domaine-là, il y a une compétition qui est féroce. Alors, la compétition entre chaque assureur, ce serait surprenant que le plafond soit le même partout au niveau de la prime. Mais, pour vous autres, ce qui est important, c'est que les règles soient les mêmes. C'est ça?

Mme Pinault (Lyse): À l'intérieur. C'est une question d'équité, là. Si, moi, j'ai une assurance qui est celle du gouvernement, je la prends de façon individuelle. Elle me coûte 176 \$, et ci, et ça. C'est une affaire. Si, par contre, j'ai un emploi dans une petite entreprise où je ne peux pas fournir de preuve d'assurabilité pour avoir droit au régime collectif qu'a cette entreprise, pourquoi est-ce que je serais régie, ou je serais obligée d'accepter une prime fixée par un assureur? Pourquoi est-ce que je ne serais pas, au moins minimalement, aux mêmes primes que les autres Québécois qui ont une assurance individuelle?

On va avoir déjà deux paliers d'employés: celui qui est en bonne santé qui a droit à tout; celui qui est en moins bonne santé qui n'a droit qu'au régime gouvernemental. Minimalement, il faudrait que cette deuxième personne là ait la même prime que les autres qui ont un régime gouvernemental. Il faudrait que ce soit réglé pour ça. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre ou si l'heure fait que je suis moins claire que d'habitude.

M. Rochon: Je vais vous dire, c'est que ça joue sûrement dans les deux sens.

M. Copeman: Il n'y a plus beaucoup de compréhension, à cette heure-ci, qui reste.

M. Rochon: Je veux bien saisir ce que vous dites, là. Si on exige d'une personne, pour l'ensemble, comme vous dites, du «package», une preuve d'assurabilité et que la personne ne veut pas la fournir pour une raison ou pour une autre, on peut la refuser à l'ensemble du... Mais ce que la loi dit, c'est qu'on ne pourra pas refuser pour la partie du programme général. Maintenant, votre question, si je vous suis bien, c'est: Est-ce qu'elle va être obligée de payer...

Mme Pinault (Lyse): Elle va payer combien?

M. Rochon: ...pour l'ensemble du programme ou si on va lui faire un...

Mme Pinault (Lyse): Non, mais quel sera le prix de cette partie-là pour laquelle elle sera acceptée?

M. Rochon: C'est ça, O.K.

Mme Pinault (Lyse): Est-ce qu'il sera le même que moi si je suis avec une assurance qui est exactement...

M. Rochon: Une assurance privée.

Mme Pinault (Lyse): ...à 176 \$?

M. Rochon: C'est ça. Oui. Bien là, on va examiner ça pour bien s'assurer qu'on ne laisse pas glisser quelque chose. Ce que, moi, j'avais compris, de la dynamique qu'on prévoyait se dérouler, c'est un peu comme le président de la commission nous le dit: Il va se faire une certaine concurrence, parce que la personne, à la limite, pourrait toujours aller prendre une prime individuelle si elle n'est pas couverte par un régime collectif. Pour une raison comme ça, on ne pourra pas lui refuser la prime individuelle. À la rigueur, le même assureur, s'il offre des primes individuelles — parce que beaucoup d'assureurs vont peut-être offrir les deux — va être obligé de l'accepter sur la prime individuelle au taux fixé par le gouvernement.

Alors, il y a une ouverture de ce côté-là. Mais c'est une chose dont on va s'assurer, au besoin, au niveau de la réglementation, pour ne pas que quelqu'un risque de tomber entre deux chaises.

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

M. Marsan: Merci, M. le Président, et merci aussi pour nous faire partager votre expertise dans le domaine de l'assurance, c'est apprécié. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue en commission parlementaire, malgré l'heure tardive, et d'avoir pris le temps de nous faire un mémoire qui est extrêmement clair, les recommandations sont précises. Et nous souhaitons, en tout cas, à notre façon, le plus possible pouvoir vous aider.

Ma première question. Dans votre mémoire, à la page 2, où vous dites: «Nous avons procédé à la lecture du rapport d'experts sur l'assurance-médicaments qui a précédé le projet de loi et du projet de loi lui-même. Nous sortons plus inquiets de la lecture du second que du premier». Alors, je voulais savoir: Quel est le second et quel est le premier? Et, deuxièmement, quelles sont vos inquiétudes?

M. Gélinas (Jacques): Bien, le premier, c'est le rapport d'experts dirigé par M. Castonguay, et le deuxième, c'est le projet de loi qui a découlé de ça.

M. Marsan: Alors, vous êtes plus inquiets du projet de loi?

M. Gélinas (Jacques): Du deuxième que du premier. Le premier nous apparaissait plus...

M. Marsan: Et pourquoi c'est ça?

M. Gélinas (Jacques): Bien, l'ensemble de nos recommandations vous fait part de ces inquiétudes-là. Il semblait y avoir des précisions dans le rapport d'experts qui n'ont pas été retenues ou qui ne sont pas enchâssées dans la loi. Ça ne veut pas dire qu'elles ne sont pas retenues, elles peuvent être dans le règlement, mais, actuellement, elles ne sont pas enchâssées dans la loi.

M. Marsan: Vous vous sentiez plus à l'aise avec le rapport Castonguay comme tel plutôt que le projet de loi? C'est ce que... O.K.

M. Gélinas (Jacques): Peut-être qu'il y avait plus d'éléments philosophiques dans le rapport Castonguay que dans la loi.

M. Marsan: Je voudrais aussi vous entendre, et je crois que vous l'affirmez très bien, sur toute la notion qui entoure la confidentialité pour un patient qui est atteint de cette maladie et les dangers au niveau des réseaux d'information. Nous pensons que les gens, habituellement, sont de bonne foi et que ce n'est pas tellement les gens qui font les erreurs, mais les systèmes informatisés. On est très inquiets. Eux autres ne sont pas nécessairement de bonne foi et c'est eux autres qui peuvent faire des erreurs qui peuvent aboutir avec des préjudices extrêmement importants sur des personnes. J'aimerais vous entendre parler à ce sujet.

M. Gélinas (Jacques): Bien, en tout cas, en raison de la situation, justement, qu'on vit comme personnes qui vivent avec le VIH et/ou le sida, je me dis qu'on est constamment aux prises avec ce problème de confidentialité là, et, on le sait, les banques de la Croix-Rouge... On sait qu'au niveau de donateurs... je me dis: Les banques de noms sont vendues à des personnes pour qu'elles puissent donner à d'autres organismes ces choses-là. Ce qu'on dit, on est conscients que des systèmes d'information, il en faut, et des données, il en faut, mais il faut des comités de surveillance, en tout cas, à ma connaissance, qui devraient être indépendants des gestionnaires pour protéger au maximum. Et un danger important, c'est d'aller chercher ou faire des cueillettes de données qui ne sont pas toujours nécessaires. Donc, de s'en tenir vraiment à la nécessité des données et non pas d'en accumuler au cas où continuellement.

Mme Pinault (Lyse): Il faut dire que, quand on a traité de la confidentialité dans le document, on faisait une analyse de la loi, en tout cas de l'administration de cette loi, qui est peut-être plus ou moins juste. Moi qui suis une fille de gros bon sens un peu, peut-être grossièrement équilibrée dans ce genre d'administration, j'ai pris pour acquis que tout le monde aurait une carte du type CAPSS. Donc, pour qu'un assuré change d'un assureur privé à un autre ou d'un assureur au gouvernement ou du gouvernement à un assureur, on devrait tenir compte des seuils où est rendue la coassurance.

Tantôt, j'entendais le patronat parler de l'encouru non rapporté. Pour moi, avec ce genre de système là, on évitait d'avoir des angoisses sur l'encouru non rapporté, et c'était comme efficace. À partir du moment où on met un réseau comme ça, il faudra que l'assureur ait un réseau comme ça, il faudra que le gouvernement ait un réseau comme ça. Il faudra qu'un réseau puisse parler à l'autre. On ne va pas appeler un employeur pour lui dire: Écoutez, Jos Bleau, il paraît que Machin est parti de chez vous, il était rendu où «by the way»? On va faire ça informatiquement, on parle de millions et de millions de personnes.

Alors, pour moi, à partir du moment où on crée ce type de réseau là, oui, c'est utile, oui, il faut gérer, mais il faut aussi gérer les dangers que peuvent amener ce type de réseau là. En tout cas, peut-être qu'à la leur de ce que j'entendais on n'en est pas rendus là, mais, pour moi, on va se rendre là si on veut être efficaces.

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

● (23 h 40) ●

M. Marsan: Oui. Peut-être en marge de cette confidentialité, c'est toute l'évolution des préjudices envers cette maladie. Est-ce qu'il y a une amélioration dans la société? Je sais que ça a été terrible au tout début. Mais est-ce qu'il y a un caractère d'acceptabilité qui grandit dans notre société? Je ne sais pas le terme exact, mais est-ce que ça s'améliore?

M. Gélinas (Jacques): Compatissant envers les personnes qui ont le VIH/sida, ça pourrait être la question. Vous me demandez de poser un jugement social important sur ma société. Je pense que je puis dire que, oui, il y a une amélioration. Mais vous comprendrez que, étant des bénévoles militants, avant d'atteindre le niveau de notre satisfaction, il faudra encore longtemps avant qu'on soit satisfaits de l'évolution sociale face à cette maladie ou à cette infection du VIH.

On sait qu'il y a une évolution, mais on sait aussi, en parallèle avec cette réalité, que chaque jour des personnes vivent de la discrimination reliée au VIH/sida, que des amants sont exclus des familles. Une fois que le gars est en phase terminale, ça ne compte plus; il était admis avant, mais, maintenant, ça ne compte plus. On sait que ça existe encore et encore aujourd'hui. Je sais moi-même, pour faire de l'accompagnement auprès de personnes qui ont le VIH/sida, les discriminations dont elles sont victimes, et, en plus, lorsqu'elles arrivent dans les derniers moments.

Oui, il y a une évolution, mais on est ici pour dire que cette évolution-là doit grandir encore de façon importante.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a une autre question?

M. Marsan: Vous confirmez en même temps tous les immenses besoins des organismes communautaires

comme le vôtre qui essaient de pallier à tous ces besoins-là. Les maisons d'hébergement, là, je pense que c'est sûrement apprécié. Et, de nouveau, vous témoignez d'un intérêt qui est tellement pertinent, en ce qui nous concerne en tout cas. Je voudrais...

M. Gélinas (Jacques): ...que l'ensemble de ces combats-là, de ce travail-là est fait très majoritairement à base de bénévolat et fait par des travailleurs et des travailleuses sous salariés et sous financés. Je me dis, moi, je suis bénévole à 10, 15 heures par semaine pour cette coalition provinciale et je me promène à travers le Québec, à 500 km ou 1 000 km par semaine, pour lutter contre cette discrimination.

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

M. Marsan: Alors, vous avez sûrement droit, vous et toutes les organisations que vous pouvez représenter, à nos félicitations les plus sincères.

Je voudrais continuer, M. le Président. Vous parlez de l'AZT, qui est un médicament qui est à peu près inefficace, et vous dites que le gouvernement continue à injecter mensuellement des sommes importantes presque inutilement. C'est quelque chose qui me fait sursauter. Vous pourriez élaborer un petit peu là-dessus?

M. Desmarais (Pierre): Au Québec, il y a près de 1 000 personnes qui reçoivent l'AZT en monothérapie. D'après plusieurs conférences, d'après plusieurs études cliniques, il est démontré que l'AZT en monothérapie, ou que ce soit le DDI en monothérapie, est beaucoup moins efficace que la combinaison de deux ou trois médicaments, surtout si on considère l'inhibiteur de protéase en combinaison avec un nucléoside. C'est ce qui nous amène à penser que les médecins, les prescripteurs, ne sont pas du tout informés des nouvelles tendances dans les traitements du VIH.

M. Marsan: Est-ce qu'on jette carrément de l'argent par les fenêtres lorsqu'un médecin prescrit de l'AZT tout seul?

M. Desmarais (Pierre): Si on considérait que la combinaison est beaucoup plus efficace, oui. Il y a quand même des gens pour qui l'AZT fonctionne passablement bien, mais beaucoup moins bien qu'une thérapie en combinaison.

M. Marsan: La dernière question, c'est par rapport au nouveau médicament. Je pense qu'on fait beaucoup de recherche actuellement. On espère qu'il y aura toujours des améliorations importantes au niveau de la médication. On sait que le projet de loi prévoit qu'il y ait une liste qui est dressée par un conseil consultatif en pharmacologie qui est recommandé au ministre. Est-ce que vous vous sentez en sécurité avec les paramètres qui sont dans la loi ou est-ce qu'au contraire les nouveaux médicaments qui pourraient être extrêmement importants

pourraient être exclus dans cette liste, dans la façon dont ça va être géré, d'après le projet de loi que nous avons?

M. Desmarais (Pierre): Ce qui est intrigant, ce qui est un peu apeurant, c'est de penser que des médicaments de pointe pour les traitements du VIH vont être acceptés seulement deux fois par année. Il faudrait définitivement avoir une acceptation de certains médicaments beaucoup plus rapide. Il y a aussi l'évaluation des coûts et bénéfices qui pourrait être dans l'acceptation sur la liste. On n'est pas toujours capable de voir le rapport coûts-bénéfices immédiatement, mais on peut voir le bénéfice immédiatement.

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

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

M. Copeman: Bien, M. le Président, je voulais surtout poser la question sur la liste des médicaments. Je pense que mon collègue de Robert-Baldwin l'a fait. La réponse est claire. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Est-ce qu'il y a d'autres questions? M. le député de Robert-Baldwin, est-ce que vous voulez procéder à la conclusion?

M. Marsan: Bien, sûrement, M. le Président, en remerciant nos invités pour la qualité de leur mémoire, la qualité des échanges que nous avons eus, mais aussi pour tout ce que vous faites pour les patients qui sont atteints d'une maladie aussi terrible.

Nous retenons vos recommandations. De nouveau, je vous le dis, elles sont claires, et, lorsque nous étudierons article par article, eh bien, vous pouvez être certains qu'on essaiera de voir quelle serait la meilleure façon pour que vos recommandations puissent être incluses dans le projet de loi.

Alors, encore une fois, je vous remercie bien sincèrement. Malgré l'heure tardive, je vous dis que c'était vraiment intéressant et éclairant pour nous qui aurons à voter bientôt sur un projet de loi qui va vous concerner beaucoup. Merci beaucoup.

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

M. Rochon: M. le Président. Évidemment, un seul projet de loi ne peut pas régler tous les problèmes. Je vois, par exemple, à la page 7 de votre mémoire, que vous parlez du nombre de cliniques et d'hôpitaux de la région de Montréal, qui sont peut-être en nombre insuffisant présentement. On est conscients qu'il y a d'autres actions à faire et à continuer sur d'autres plans. On prend bonne note que vous profitez de l'occasion pour nous rappeler certains de ces problèmes-là. Mais je

pense qu'il est important de se dire aussi qu'on ne peut pas tout régler par un projet de loi sur le médicament.

Je voudrais apporter une précision quand même. À la même page, à la page 7, en haut, vous mentionnez cette fameuse question des gens qui seraient encore en monothérapie présentement. Ce n'est pas parce que les médicaments ne sont pas disponibles. Le médicament est sur la liste et les gens peuvent l'avoir gratuitement présentement. Mais, si la pratique médicale ou l'information qu'ont les gens sur le terrain fait qu'ils ne sont pas informés à l'effet que c'est la nouvelle pratique qu'ils devraient suivre, ça, c'est une autre chose. D'ailleurs, vous soulignez à juste titre l'importance d'un programme de formation des professionnels, dans le domaine de la santé sûrement, et de l'information des gens aussi qui vivent avec le problème.

Autre précision dans ce sens-là. La liste, présentement, est révisée systématiquement deux fois par année. Mais ça n'a jamais empêché d'intervenir pour faire des ajouts spécifiques. D'ailleurs, ça a été récemment le cas du 3TC, où il y a eu, sur la base d'une évaluation en janvier, une recommandation à l'effet que ce n'était pas indiqué de couvrir, et, dans les mois qui ont suivi, il y a eu d'autres informations scientifiques qui ont été disponibles. Le CCP a fait une recommandation additionnelle et j'ai pu donner suite immédiatement.

Alors, je veux juste rappeler qu'on a un mécanisme présentement qui, déjà, révisé une liste, au total, où il y a peut-être 3 000 médicaments, je ne sais pas trop, ou quelque chose du genre, deux fois par année pour la tenir à jour et qu'on a les mécanismes pour être capable d'intervenir à l'intérieur des périodes de six mois. Je pense qu'on a les outils qui fonctionnent bien et qui restent en place et qui sont intégrés dans le système qu'on met là.

Un autre élément qu'il est peut-être important de se dire en concluant. Vous mentionnez, à juste titre encore une fois, l'importance de la formation et de l'information. Il n'y en a pas présentement dans le projet de loi, mais on va proposer une modification dans ce sens-là, parce qu'on est en préparation, de toute façon, d'une politique du médicament, de sorte que le régime, avec ses outils de gestion, la révision de l'utilisation des médicaments et le Conseil consultatif de pharmacologie, va être aussi encadré dans une politique du médicament. Et ça, on va y faire référence dans la loi. Parce qu'un des éléments d'une politique du médicament va sûrement être d'avoir un programme de formation et d'information à la population sur le médicament de façon générale et pour des groupes cibles particuliers qui ont une situation plus spéciale... d'avoir l'information. C'est essentiel. On le juge essentiel pour gérer un système comme ça, pour bien l'encadrer. Et ça va être rajouté au projet de loi.

● (23 h 50) ●

Quant à la confidentialité, vous étiez là, je pense, tout à l'heure, j'ai fait le rappel là-dessus, je le redis encore, je pense qu'il faut qu'on soit rassuré là-dessus. C'est un régime qui peut se gérer sans qu'on soit obligé

d'avoir accès à des dossiers nominatifs qui identifient les gens. Si on va vers un fichier qui est un dossier personnalisé, éventuellement, ce sera comme dans d'autres secteurs du réseau de la santé et des services sociaux, en prenant le temps de mettre toutes les balises, toutes les protections et en s'assurant que la Commission d'accès à l'information nous accompagne dans cette démarche-là.

Alors, je vous remercie beaucoup de votre contribution ce soir et aussi de toute la collaboration que vous nous avez apportée au cours des presque deux dernières années, parce que vous avez très bien saisi, quand on s'en est parlé et quand on commençait à préparer éventuellement un projet comme ça, vous nous avez aidés de façon très, très, très importante à gérer la période intermédiaire avec le peu d'argent qu'on a. Et là j'espère que, le plus vite possible, on va se sortir de ces situations très intermédiaires et très inconfortables où on n'a pas vraiment les moyens de se donner justement un régime où, là, même les médicaments les plus coûteux, on pourra les couvrir plus facilement parce qu'on aura mutualisé les risques, on se sera donné un programme d'assurances de protection, mais aussi un programme social où on partage collectivement le coût que des individus seuls ne seraient pas capables de supporter.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si je comprends bien, vous voulez donner un dernier commentaire.

M. Desmarais (Pierre): Je sais qu'il est tard et qu'on a hâte de partir, mais il y a un point qui est très particulier pour la problématique du VIH/sida, c'est la résistance des médicaments que le VIH peut faire, la multiple mutation. Dans la loi, il n'y a aucune mention de tests, de pronostics, tel que la charge virale, qui voit la résistance du virus au médicament. Donc, même après une semaine, grâce au test d'ARN PCR, on peut voir la résistance du médicament, ce qui ferait sauver énormément d'argent au gouvernement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie pour ce dernier commentaire. Je vous remercie au nom de la commission.

Les travaux de la commission sont ajournés à demain, après les travaux de l'Assemblée nationale, après les affaires courantes, soit vers 11 heures, au même endroit. Merci.

(Fin de la séance à 23 h 52)

