



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le jeudi 24 février 2000 — N° 27**

Consultation générale sur le document intitulé  
*Évaluation du régime général d'assurance médicaments (3)*

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Jean-Pierre Charbonneau**

---

**QUÉBEC**

**Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):**

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des  
commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 24 février 2000

### Table des matières

Auditions	1
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	1
Ordre des pharmaciens du Québec	8
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	16
Conseil du patronat du Québec (CPQ)	22
Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)	31

### Intervenants

M. Yves Beaumier, vice-président

Mme Pauline Marois

M. Yvon Marcoux

Mme Nicole Loiselle

M. Russell Williams

M. Russell Copeman

Mme Manon Blanchet

- \* Mme Marie-Claire Daigneault-Bourdeau, AHQ
- \* M. Jean Mireault, idem
- \* M. Daniel Adam, idem
- \* M. Donald Laberge, idem
- \* M. Jacques Hendlisz, idem
- \* M. Paul Fernet, Ordre des pharmaciens du Québec
- \* M. Reynald Tremblay, idem
- \* M. Claude Giroux, idem
- \* M. Jean Provost, idem
- \* Mme Louise Rousseau, idem
- \* M. Michel A. Bureau, FRSQ
- \* M. Pierre Boyle, idem
- \* M. Jean-Pierre Grégoire, idem
- \* M. Jacques Garon, CPQ
- \* M. Francis Lafrance, idem
- \* Mme Nicole T. Moir, FADOQ
- \* M. François Legault, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 24 février 2000

Consultation générale sur le document intitulé  
*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*

*(Quatorze heures cinq minutes)*

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, bonjour! Je constate que nos membres collègues sont à la table. La commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Gagnon-Tremblay (Saint-François) sera remplacée par M. Williams (Nelligan); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil).

**Le Président (M. Beaumier):** Merci beaucoup. Alors, cet après-midi nous recevrons dans l'ordre l'Association des hôpitaux du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Conseil du patronat du Québec et finalement la Fédération de l'âge d'or du Québec.

**Auditions**

Alors, je vois que les représentants de l'Association des hôpitaux sont déjà en place. Bonjour, madame et messieurs. Je comprends que c'est Mme Daigneault-Bourdeau qui va partir le bal. Bienvenue. Et puis peut-être si elle veut dire aussi quelles sont les personnes qui l'accompagnent. Vous rappeler que pour la présentation de votre mémoire, vous avez 15 minutes, et, d'autre part, pour la commission, les membres de la commission de l'aile parlementaire ministérielle ont 15 minutes pile et également pour l'opposition officielle 15 minutes pile. Alors, Mme Daigneault-Bourdeau.

**Association des hôpitaux du Québec (AHQ)**

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** Merci, M. le Président. Mme la ministre, M. le représentant de l'opposition officielle, Mmes et MM. de la commission, je suis présidente de l'Association des hôpitaux du Québec et l'Association est très heureuse d'avoir l'occasion de vous livrer ses commentaires aujourd'hui dans le cadre du processus de révision, d'évaluation du programme d'assurance médicaments.

Sont présents avec moi, dans ma délégation, à mon extrême gauche, Dr Jean Mireault, qui est adjoint au vice-président exécutif, Affaires clinico-administratives à l'Association des hôpitaux; M. Jacques Hendlisz qui est directeur général de l'hôpital Douglas; et, à mon extrême

droite, M. Donald Laberge, qui est chef de département de pharmacie au centre hospitalier régional du Suroît, à Valleyfield; et M. Daniel Adam, qui est vice-président exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci.

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** Je tiens à vous dire, M. le Président, que nous avons ciblé notre présentation et que nous avons tenu compte que les membres de la commission avaient en main notre mémoire ainsi que le résumé, et nous avons choisi d'aller directement au but. Donc, je vais prendre quelques minutes pour présenter notre position en vous laissant tout le loisir pour poser des questions sur ce qui se passe réellement sur le terrain.

Alors, d'entrée de jeu, et tout comme lors de son introduction il y a quelques années, je tiens à réitérer — et c'est important — l'appui de l'Association des hôpitaux à toute mesure visant l'atteinte des grands objectifs pronés lors de la mise en place du régime d'assurance médicaments. Il nous apparaît aussi que les principes d'accessibilité et d'équité, qui sont à la base des grands programmes publics, sont des concepts comportant tellement de facettes que leur degré de mise en oeuvre ne peut pas être évalué que sur une seule dimension de l'universalité. Ainsi donc, toute mesure qui permettra réellement à l'ensemble de la population québécoise d'avoir une couverture en matière de médicaments selon une formule réduisant les iniquités sous toutes leurs formes et qui aussi rendra ces médicaments accessibles à un coût raisonnable continuera de susciter notre adhésion à l'Association des hôpitaux du Québec.

Toutefois, certains aspects du régime nous interpellent particulièrement parce qu'il crée une pression financière additionnelle importante sur les hôpitaux, tout en entraînant des effets pervers sur l'utilisation des médicaments. Dans sa conception actuelle, le régime d'assurance médicaments est une contrainte à l'atteinte des objectifs poursuivis par le virage ambulatoire. Je tiens à rappeler aux membres de cette commission que nous faisons une mise en garde, et que nous l'avons faite au gouvernement, à l'époque, en 1996, lors de la présentation de mémoires, et c'est la suivante: Les médicaments sont une composante majeure de notre système de soins. Comme outils thérapeutiques, il faut en garantir l'accès, mais comme dépenses, il faut commencer à en contrôler l'évolution. C'était il y a quatre ans. Le problème subsiste, à l'évidence.

• (14 h 10) •

Nous pensons très sincèrement que la ministre de la Santé et des Services sociaux doit absolument éviter

l'adoption de scénarios qui entraîneraient des hausses trop importantes de la contribution personnelle des Québécois, de façon à préserver l'équité d'accès aux médicaments et à recentrer le médicament comme un instrument d'amélioration de la santé.

Nous sommes aussi d'avis que des efforts mieux structurés et plus performants soient consacrés à la surveillance et à la promotion de l'utilisation optimale des médicaments tant chez les professionnels de la santé que dans les établissements et auprès des consommateurs. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que le système de santé et des services sociaux est d'abord et avant tout un système où toutes les actions s'interpénètrent. Le gouvernement ne semble pas avoir évalué dans son document de référence qu'un dollar qu'il économise dans le régime général d'assurance médicaments peut fréquemment générer simultanément une dépense encore plus élevée ailleurs dans le système.

Par ailleurs — et cela nous préoccupe plus particulièrement — nous observons de plus en plus d'admissions de patients dans nos urgences à cause d'une consommation inadéquate de médicaments. Il est essentiel que la personne qui a besoin de médicaments puisse se les procurer. Des études le démontrent, le régime actuel d'assurance médicaments a entraîné des hausses de visites à l'urgence, des visites médicales et d'hospitalisation attribuables à une diminution inappropriée de la consommation de médicaments. De même, des retours à la maison après hospitalisation sont retardés à cause des contraintes financières des usagers, notamment les plus vulnérables.

M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. les membres de la commission, la population n'est pas responsable des hausses des coûts des médicaments et, par conséquent, elle ne doit pas faire les frais seuls de ces augmentations. Avant de vous présenter nos recommandations, je tiens à rappeler que les centres hospitaliers doivent eux aussi faire face aux mêmes augmentations de coût de médicaments et aux mêmes pressions inflationnistes que subit le régime d'assurance médicaments. Les hôpitaux tiennent à souligner qu'ils doivent absorber ces augmentations à même leur budget d'opération, mais sans compensation financière ni mécanisme flexible d'ajustement pour faire face à l'introduction de nouvelles thérapies médicamenteuses souvent très coûteuses.

Et, en terminant, voilà, je vais vous énumérer nos recommandations. Nous demandons que soit clarifié à l'aide de données probantes ce qui doit être considéré comme médicament essentiel ou non essentiel afin de déterminer l'impact sur les ressources hospitalières. Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Services sociaux, lorsqu'il souhaite apporter des modifications aux programmes publics, consulte davantage pour garantir la transparence de son processus décisionnel. Nous demandons que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux soient financés adéquatement pour tenir compte de l'impact de l'application du régime ainsi que des coûts et des prix des médicaments.

Nous recommandons au gouvernement de s'assurer que les règles soient claires pour tout le monde en matière

de services couverts à l'intérieur des établissements du réseau et que les ajustements budgétaires découlant de ces règles soient effectués pour permettre aux établissements de remplir leurs obligations. De plus, le principe de la mensualisation devrait aussi être imposé aux assureurs privés.

Nous proposons également au gouvernement de tenter d'estimer les stratégies utilisées par les assureurs en matière de transfert de risque, une mesure simple comme un questionnaire aux nouveaux adhérents leur demandant s'ils bénéficiaient déjà d'une couverture privée et, dans l'affirmative, les motifs ayant conduit à l'abandon de cette couverture permettraient d'éclairer ce débat.

Plutôt que d'isoler la question du médicament en milieu hospitalier, nous recommandons au gouvernement de considérer sérieusement l'avantage de développer des stratégies communes aux secteurs hospitalier et ambulatoire, et qui seraient bénéfiques aux deux secteurs pour faire face à l'inévitable augmentation des coûts.

Et, tout comme en 1993, nous croyons que l'expertise développée par le réseau de revue d'utilisation des médicaments, le réseau RUM, qui a démontré son efficacité d'ailleurs, devrait être maintenue en milieu hospitalier en partenariat avec l'Association des hôpitaux du Québec. Cette expertise devrait être intégrée dans toute stratégie de mise en place d'un programme RUM.

Nous recommandons, d'une part, la fusion sous un seul organisme indépendant de toutes les activités d'utilisation optimale des médicaments et, d'autre part, que cet organisme fasse l'objet d'un financement tripartite — ministère de la Santé et des Services sociaux, assureurs privés, compagnies pharmaceutique — et ce, pour en assurer la neutralité.

Nous recommandons d'envisager le renforcement des pratiques d'autocontrôle du corps médical par la mise à contribution des commissions médicales régionales et également des départements régionaux de médecine générale pour fixer des objectifs en matière d'utilisation optimale des médicaments, en leur confiant le rôle de veiller à l'atteinte de ces objectifs. Nous recommandons la mise en place d'un système de partage d'informations qui permettrait d'obtenir une histoire pharmacologique complète pour chaque patient accessible dans tous les milieux, et j'ajoute, M. le Président — et c'est très important — en s'assurant du maintien de la confidentialité des informations nominatives.

Il nous apparaît également de rappeler au gouvernement qu'une politique de médicaments est nécessaire. À cet égard, nous demandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de remplir ses engagements de nous fournir un cadre d'analyse de la situation du médicament au Québec de même que les objectifs précis devant être atteints par chacun des partenaires concernés par l'utilisation des médicaments. Enfin, nous recommandons la mise en place d'un mécanisme d'évaluation continue des impacts du régime sur l'utilisation des ressources hospitalières.

M. le Président, Mme la ministre, M. le représentant de l'opposition officielle, Mmes et MM. membres

de la commission, merci d'avoir écouté nos commentaires. Maintenant, mes collègues et moi-même sommes à votre disposition pour répondre... et vraiment ce qui se passe dans nos établissements. Merci.

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, étant donné la durée de la présentation, les deux formations politiques auront 17 min 30 sec. L'expérience d'hier! Ha, ha, ha! Mme la ministre.

**Mme Marois:** Merci, M. le Président. Alors, je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Association des hôpitaux du Québec. Je les remercie de nous présenter leur mémoire. Vous comprendrez que je ne suis pas d'accord avec un certain nombre d'affirmations du mémoire. Je vais dire lesquelles, les principales, et puis, par la suite, je pourrai poser des questions sur d'autres aspects qui méritent d'être éclairés.

Je vais vous dire pourquoi je ne suis pas d'accord avec certains aspects du mémoire. Vous me connaissez, on travaille déjà depuis un moment ensemble, je suis toujours très franche et j'aime mieux dire les choses comme je les vois. Quand on nous dit qu'on souhaite procéder à de vastes consultations pour garantir la transparence du processus décisionnel, je ne sais pas ce qu'on fait maintenant, si on ne procède pas à une consultation. Et, en plus, pour être sûr justement que dans la consultation il n'y ait pas d'information qui n'ait pas été rendue disponible, on a rendu public un document il y a quelques semaines qui permet d'éclairer aussi sur les avenues qu'on pourrait choisir pour modifier la question du financement et certains autres aspects. Mais les autres aspects étaient plutôt touchés dans le mémoire principal. Alors, il me semble que le processus qu'on suit maintenant demeure un processus transparent et où on ne limite personne quant à la possibilité de venir intervenir. Alors, ça, je vous le dis, là, j'ai été un petit peu étonnée de lire cela.

• (14 h 20) •

Par ailleurs, à différents autres moments, vous revenez sur la question d'équité, sur le fait que, dans le fond, on a permis à un plus grand nombre, mais on n'a pas vraiment amélioré la situation d'accessibilité. Mais permettre à un plus grand nombre, c'est permettre l'accessibilité à un régime, c'est permettre à des gens qui n'avaient aucunement de couverture dans le passé d'être couverts. Et on mentionne ici, on dit: «D'un système qui se voulait protecteur des moins bien nantis et des personnes âgées de plus de 65 ans, on est passé, avec l'exigence pour ces groupes de contribuer financièrement à l'achat de leurs médicaments, à un système qui favorise plutôt les enfants couverts par le régime public.» On continue de favoriser bien sûr les enfants mais aussi les familles. Ils n'y avaient pas du tout accès avant, et maintenant ils ont accès. Sauf que c'est une assurance, c'est vrai que ce n'est pas un régime d'assistance. Il y a une portion qui est restée assistance, qui est supportée par le gouvernement: ce sont les personnes à la sécurité du revenu et certaines personnes âgées ou les personnes à bas revenus qui contribuent moins. Leur plafond est beaucoup

plus bas. Et tant mieux, et on veut préserver cela. Je pense que c'est très clair dans nos documents.

Moi, je vous dirai: Que j'aie 25 ans ou 75 ans, si mon revenu est de 75 000 ou 100 000 \$ par année et que le gouvernement instaure un régime d'assurance, je pense que c'est normal que je contribue d'une certaine façon au régime, à hauteur, en tout cas, de mes capacités, qui est un régime d'assurance, encore une fois. Donc, je partage avec d'autres le risque, on met en commun nos risques puis on assume les coûts en commun, mais à hauteur de la capacité que j'ai de payer. Alors donc, dans ce sens-là, on a quand même préservé, du côté des personnes âgées... on a plafonné la contribution des personnes âgées à bas revenus. On a complètement exempté maintenant les personnes qui sont soutien financier. Donc, là encore je trouve qu'il n'y a pas assez de nuances.

Je vous le dis parce que je pense que ça ne rend pas justice à ce que nous avons fait à l'égard de personnes qui autrement n'en avait pas du tout. Alors, on ne peut pas avoir eu d'effets pervers si elles n'en avaient pas du tout. On peut avoir juste eu un peu mieux puis on aurait souhaité que ce soit peut-être encore mieux pour les gens à faibles revenus, mais on fait ce qu'on peut compte tenu des ressources que l'on a. Bon.

Par ailleurs, un autre élément sur lequel je veux revenir. Comme Tamblin a été un rapport et continue d'être un rapport auquel nous accordons beaucoup de crédibilité, qui a été un rapport fait très sérieusement, d'ailleurs, qui nous a permis de corriger certains aspects du régime justement pour en améliorer l'accessibilité — et là je pense aux personnes soutien financier à la sécurité du revenu, qui sont quand même 115 000, et puis, hier, je démontrais que c'étaient elles qui consommaient les montants les plus importants de médicaments en volume et en somme, mais prenons juste le volume, parce que c'étaient les gens les plus mal pris, multihandicapés, gens avec des problèmes de santé mentale — et donc, quand on a corrigé ça, on a corrigé pour l'essentiel les problèmes vécus par les gens qui doivent tirer leurs revenus de la sécurité du revenu. Bon.

Alors, revenons donc à Tamblin. On dit, et là je reprends des affirmations qui sont dans votre document: «Référant à l'étude Tamblin chez les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu et doutant des résultats de l'étude du ministère et de la Régie chez les adhérents, l'Association affirme que l'impact net du régime est une utilisation accrue des ressources hospitalières. Très concrètement là, Tamblin ne conclut pas ça. En fait, l'ampleur des effets mesurés par Tamblin, elle est trop faible à cet égard pour pouvoir justement conclure à un effet de hausse de coûts. Parce que Tamblin est une des études qui a utilisé le plus grand nombre de données que jamais une étude comparable n'aura utilisées au Québec.

Alors, l'étude a porté sur un total de 550 000 hospitalisations de courte durée. Ce n'est pas rien. Et, sur ce 550 000 hospitalisations de courte durée, on a parlé de moins de 2 000 événements indésirables, surtout des hospitalisations. Alors, eux, ils disent: Ces données-là ne nous

permettent pas de conclure que ça a eu un effet à cet égard-là. Vous pouvez peut-être observer, dans certaines circonstances, par rapport à certains événements, dans une institution ou l'autre, que ça puisse se passer, mais, avec une étude la plus objective possible, sur la base de données très larges et très imposantes en termes de nombre, ils ne tirent pas ça comme conclusion. Alors, on pourra en redébattre. Ce sont des questions qui méritent sûrement d'être abordées éventuellement. De toute façon, on se parle régulièrement, alors on aura l'occasion sûrement d'en reparler.

Maintenant, je reviens sur certaines des propositions. Il y a d'autres éléments sur lesquels on pourrait avoir des discussions, mais je pense qu'il y a aussi des propositions intéressantes que vous nous faites, et j'aimerais plutôt en débattre maintenant. Entre autres, sur la question de l'autocontrôle du corps médical. Parce que, bon, c'est vrai que dans notre document on parle bien sûr des coûts, mais je vous dirai qu'on parle aussi, dans le document d'évaluation, de tout ce qui concerne justement la revue d'utilisation du médicament, la bonne consommation du médicament, la notion de médicament essentiel. Et donc, on ne peut pas dire non plus du rapport qu'il ne parle que de la question des coûts dans les pistes de solution. Évidemment, si on ne le sauve pas financièrement ce régime, il n'y en aura plus; ce qui fait qu'on ne pourra pas se poser la question des coûts, il n'y en aura pas.

Mais comment justement les contrôler en ayant le moins d'impact possible sur l'accessibilité et sur la meilleure utilisation du médicament? Alors, vous recommandez d'envisager de renforcer les pratiques d'autocontrôle du corps médical par la mise à contribution des commissions médicales régionales et des directions régionales de médecine générale pour fixer des objectifs en matière d'utilisation optimale des médicaments et de leur confier le rôle de veiller à l'atteinte de tels objectifs. Vous vous souvenez, dans les discussions qu'on avait eues avec les Fédérations de médecins, ça avait été une hypothèse qui avait été envisagée pour essayer de réduire les coûts justement dans nos enveloppes de rémunération et pour essayer d'arriver enfin à ce qui nous semblait raisonnable, bien sûr. Alors, comment vous pensez concrètement que ça pourrait s'appliquer, que ça pourrait être possible? Je trouve ça intéressant, mais j'essaie de voir ce que ça pourrait signifier, là, demain matin, si on voulait appliquer ça.

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** Alors, M. le Président, je demanderais au Dr Mireault de nous donner une réponse, s'il en a une à ce sujet.

**M. Mireault (Jean):** Bien, si on suit la recommandation de créer un seul organisme... On avait quand même des difficultés à voir comment, au niveau régional, on pourrait décentraliser l'autocontrôle par la suite sans créer de structures additionnelles. On s'est dit: Pourquoi ne pas utiliser celles qui existent actuellement et leur donner peut-être une responsabilité différente donc en

utilisant les commissions médicales régionales ou en utilisant les DRMG avec une stratégie locale qui restera à définir, mais déjà d'avoir à l'idée, à la suite de la création d'une seule structure de contrôle, d'envisager déjà une décentralisation de l'autocontrôle sans que la mécanique, ça ait été défini. On dit: Il y a peut-être une opportunité, là, de réflexion pour aller plus loin déjà dans l'autocontrôle, et en incluant les pharmaciens également au niveau régional. Dans ce cas-ci, on parle de l'autocontrôle médical, mais il faut lire aussi évidemment que ça serait en collaboration avec les pharmaciens qu'on retrouve dans les régions.

**Mme Marois:** Et quand vous dites «l'autocontrôle», est-ce que vous fixeriez, je ne sais pas, des cibles de résultats en termes de coût d'ordonnances ou de nombre d'ordonnances? J'essaie de voir, là...

**M. Mireault (Jean):** Bien, ça peut être par exemple l'application d'un guide qui peut être utilisé, d'un protocole défini au niveau central et avec un monitoring à partir de l'information disponible dans les systèmes d'information en place, de rendre l'information disponible, comme on fait dans les établissements avec les chefs de département. On peut rendre disponible l'information au niveau de l'utilisation des ressources. Donc, aller sur la même logique d'un département dans un centre hospitalier, retourner l'information et par la suite soit développer de la formation continue ou cibler l'intervention compte tenu des clientèles peut-être plus à risque en tenant compte de l'information qu'on aura recueillie. Donc, il s'agit d'alimenter les gens au niveau local avec l'information disponible, se baser sur des données probantes en termes d'utilisation et de monitorer avec les gens en place.

**Mme Marois:** D'accord. Il y a un autre aspect que vous abordez et qui est la question de la mise en place d'un système de partage d'informations qui permettrait d'obtenir une histoire pharmacologique complète pour chaque patient accessible dans tous les milieux.

Ça, c'est venu hier, on a abordé ça aussi. Le Collège des médecins l'a soulevé, il y a une autre organisation importante aussi qui l'a soulevé, la Fédération des médecins spécialistes l'a abordé et vous l'abordez à votre tour. Donc, vous, vous verriez comment l'autorisation qui devrait être demandée au patient? Parce que dans le fond, à ce moment-là, évidemment, c'est une intrusion jusqu'à un certain point — et plus que jusqu'à un certain point — dans la vie privée des gens. Puis on sait, selon le type de médicament qu'une personne consomme, quel type de maladie elle peut avoir. Je pense que les spécialistes et les médecins peuvent savoir ça. Mais, dans cette perspective quand même qui est saine, là, qui est celle que vous proposez, comment vous verriez la gestion de cela? Quelles sont les contraintes que vous pensez qu'on devrait instaurer, si on veut, pour permettre de respecter justement la vie privée des gens en atteignant l'objectif qui, je pense, est un objectif sain?

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** M. le Président, M. Daniel Adam.

● (14 h 30) ●

**M. Adam (Daniel):** Merci, M. le Président. Alors, Mme la ministre, nous nous sommes inspirés pour cette recommandation-là de l'expérience qui se déroule actuellement à ville de Laval avec le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval et la carte — enfin, on l'appelle communément la carte à puce — qui fait en sorte que le patient doit donner son autorisation au médecin pour avoir accès à son dossier médical et vice-versa, donc il y a des codes d'accès et, évidemment, il y a tous les mécanismes de confidentialité. Donc, on pense qu'il y a là une base. Et il est évident qu'on n'a pas tous les mécanismes bâtis, parce que c'est un projet en expérimentation, mais, comme pour le dossier patients horizontal à Laval, je pense qu'on pourrait avoir la même chose, enfin, avec un profil pharmacologique.

**Mme Marois:** Oui. C'est intéressant. Je ne veux pas élaborer plus longuement sur ça, mais, effectivement, il y a des gens qui étaient très craintifs, à Laval, puis c'est un bel exemple, le CHARL. Et on se rend compte que c'est les personnes âgées qui sont les plus d'accord, ou dans une proportion très importante, pour signer leur droit, donner le droit d'accès à leur dossier, justement parce qu'elles ne sont pas obligées de raconter à nouveau toute leur histoire médicale, et elles savent à ce moment-là... Le professionnel qui consulte, évidemment sur l'autorisation de la personne, peut avoir accès à des données qui évitent à la personne âgée d'avoir à représenter à nouveau tous les problèmes auxquels elle est confrontée. Dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant. Mais il y a toujours à baliser ça qui reste quand même un défi à relever. Je reviendrai, M. le Président. Il me reste quelques minutes, je reviendrai un peu plus tard.

**Le Président (M. Beaumier):** Oui, merci, Mme la ministre. M. le député de Vaudreuil.

**M. Marcoux:** Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Daigneault-Bourdeau ainsi que les personnes qui vous accompagnent. Je dois vous dire que nous avons été impressionnés par la qualité du mémoire et vraiment la recherche approfondie que vous avez faite pour le préparer.

D'entrée de jeu, je voudrais vous mentionner que nous sommes tout à fait d'accord avec l'Association lorsque vous mentionnez, au début de votre mémoire, que les délais qui ont été imposés par la ministre aux différents groupes et organismes pour venir devant la commission parlementaire et exprimer leurs points de vue, faire des recommandations après avoir analysé les documents sont trop courts. La ministre nous mentionnait tantôt qu'elle voulait procéder à une vaste consultation, qu'elle ne voulait limiter personne d'intervenir, mais, indirectement, je pense que, si on donne un délai de neuf jours aux groupes pour analyser des documents, pour se prononcer sur une législation, sur une politique extrêmement

importante, qui est complexe et qui aura des impacts énormes pour les gens qui sont concernés, nous avons dit que c'était insuffisant et qu'indirectement on se trouvait à limiter la consultation. Donc, je voulais dire qu'on partage ce point de vue là.

Je partage également quand vous dites que la ministre limite le débat aux aspects financiers et touche très peu tous les autres aspects qui sont impliqués par la révision du programme d'assurance médicaments et quand vous dites: «On semble vouloir restreindre les discussions à la question du financement du programme public en milieu ambulatoire, [...] les modalités de financement — dites-vous — doivent découler et non précéder la fixation d'objectifs précis en matière d'accessibilité et d'équité.» Donc, on partage ce point de vue là et également le point de vue où vous mentionnez qu'il faudrait peut-être l'analyser un peu plus avant de procéder rapidement à des modifications.

Je vous rappelle d'ailleurs que c'est le point de vue que vous aviez exprimé le 29 mai 1996, quand vous étiez venus devant cette commission, et je cite que vous aviez dit: «Dans ce contexte, nous déplorons vivement que le gouvernement n'ait pas jugé bon d'accorder une plus longue période de réflexion.» Fin de la citation. Et, lorsqu'on voit ce qui s'est passé par la suite, vous aviez entièrement raison de prévenir le gouvernement à cet égard-là.

Je vais maintenant à l'aspect où vous touchez l'arrimage entre l'assurance hospitalisation ou le milieu hospitalier et le virage ambulatoire en disant qu'il y a des problèmes d'équité qui se posent à cet égard-là. Et, plus précisément aux pages 11 et 12, vous faites état de situations où les centres hospitaliers doivent payer pour des médicaments quand les patients quittent l'hôpital et, dans certains cas, semble-t-il, vont garantir le prix du médicament au pharmacien. Vous donnez comme exemple l'Aridia, je pense, qui est un médicament important dans le domaine du cancer. Est-ce que cette situation que vous décrivez, elle est limitée ou si on la retrouve de façon assez générale un peu partout dans le territoire? Et ça, je pense que c'est un aspect d'ailleurs qui a été souligné par un autre groupe, hier, et je pense que c'est quand même important évidemment pour les patients qui sont concernés, parce que, d'une région à l'autre, il y a des traitements qui sont tout à fait différents. Alors, j'aimerais peut-être vous entendre sur ce sujet-là.

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** Alors, M. le Président, d'entrée de jeu, je vais répondre peut-être à la première interrogation, à savoir ce qui concerne les délais. Si nous avons inscrit cette recommandation qui demande de consulter davantage, c'est vraiment dans une approche très constructive et c'est comme ceci qu'il faut le voir.

L'Association des hôpitaux, depuis nombre d'années, est présente aux commissions parlementaires et le fait avec beaucoup de rigueur, et consulte pour avoir l'analyse qui nous vient vraiment du terrain, des établissements pour que M. le président, Mme la ministre

et les membres de cette commission aient toute la lecture possible de ce qui se passe réellement. Alors, c'est dans ce sens que nous disons: C'est souhaitable que nous ayons une consultation plus grande pour que, nous aussi, nous puissions consulter nos membres pour faire une lecture plus juste.

Et cette remarque-là, cette recommandation-là s'inscrit dans une volonté de souligner à cette commission qu'il est important de prendre des décisions, maintenant et aussi à long terme, dans une vision d'avenir. Ici, je réfère à notre dernière recommandation qui est de mettre en place une évaluation continue des impacts du régime. Ça s'inscrit dans un processus continu. Alors, je vais demander à M. Donald Laberge, qui est chef du département de pharmacie au CHRS, de nous parler de ce qui se passe réellement.

**M. Laberge (Donald):** Je vais vous donner quelques exemples qu'on vit hebdomadairement dans notre centre hospitalier régional du Suroît, le dossier, par exemple, de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile. Dans notre région, le médicament n'est pas disponible en officine privée parce que aucune pharmacie ne s'est équipée d'un plateau technique suffisant pour la préparation qui est exigée de ce genre de médicament là, ce qui fait que, si on veut s'assurer que le virage ambulatoire va quand même se faire, qu'on va libérer un lit pour décongestionner l'urgence, l'établissement doit fournir la médication au patient, sans compensation financière évidemment. Alors, il y a des régions où le médicament va être disponible en pharmacie communautaire. Et là vous avez donc deux situations différentes: dans des régions, le patient a sa médication gratuitement fournie par l'établissement; dans d'autres régions, le patient doit déboursier pour sa médication. Il arrive des situations où les patients refusent de payer pour des médicaments qu'ils jugent qui devraient être donnés dans l'établissement, sont prêts à retourner à domicile, mais en autant que la médication va être gratuite.

D'autres exemples d'utilisation de l'hôpital, un petit peu en rapport avec l'assurance médicaments: des patients en psychiatrie, par exemple, qui sont sur des traitements antipsychotiques, avec des injections qu'on doit donner aux trois ou quatre semaines. Ces médicaments-là étaient donnés gratuitement anciennement par les établissements. L'infirmière de la clinique de psychiatrie allait à domicile donner l'injection au patient ou le patient se présentait à la clinique et recevait sa médication. Maintenant, le patient doit aller chercher sa médication en officine privée. Le produit est disponible, mais certains patients — pas tous les patients, mais un certain nombre de patients — considèrent comme étant un droit acquis de recevoir un médicament injectable à l'établissement. Donc, ils se présentent à l'urgence, ces patients-là, en disant: Je suis dû pour mon injection, je ne veux pas déboursier, si je ne l'ai pas ici, je ne le prendrai pas, mon médicament. Il y a des patients donc qui vont décompenser et qui vont se retrouver à l'urgence et peut-être possiblement réhospitalisés. Donc, un autre problème qu'on rencontre

régulièrement depuis l'instauration de l'assurance médicaments.

Des exemples aussi au niveau de traitements, prenons l'exemple de la thrombophlébite profonde. Dans beaucoup d'établissements maintenant, il y a des protocoles de traitement depuis l'arrivée de nouvelles molécules telles que les héparines à faible poids moléculaire, par exemple, qui demandent un très léger monitoring. Donc, c'est une maladie qu'on peut diagnostiquer à l'urgence. Avant, ces patients-là, on devait les hospitaliser pendant plusieurs jours. Maintenant, avec ces nouveaux médicaments, on fait le diagnostic à l'urgence et le traitement peut se faire à domicile. Mais, encore là, des patients vont refuser d'aller s'acheter des médicaments injectables en officine privée, notamment les patients qui sont sous des régimes d'assurance privés où ils doivent payer la totalité du coût du médicament. Ils sont incapables de le faire. Alors, l'établissement a encore deux choix: hospitaliser la personne ou, encore là, fournir le médicament. C'est quelques exemples qu'on vit de façon régulière dans notre centre, et je pense que c'est représentatif de beaucoup de régions au Québec.

**M. Marcoux:** Merci beaucoup.

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** M. le Président, si vous permettez, M. Hendlitz, de l'hôpital Douglas, pourrait continuer de donner des informations à ce niveau.

• (14 h 40) •

**M. Hendlitz (Jacques):** Merci. Le but du virage ambulatoire en psychiatrie, c'est de s'assurer que les patients soient traités dans leur milieu naturel. Ça veut dire qu'ils ne soient pas traités dans l'hôpital et ça veut dire que, si on a un succès dans ce virage ambulatoire, nous arriverons à avoir de moins en moins d'hôpitaux psychiatriques qui gardent des patients à long terme. Ces patients-là seront traités dans un milieu naturel, donc par leur médecin généraliste, par les CLSC, etc.

Soyons réalistes que les grands malades... schizophrénie, manico-dépressifs, les grandes dépressions commencent à l'âge de 18 ans, 20 ans, bon, dans la trentaine d'années. Ce que le ministère, ce que le gouvernement a fait pour maintenant subventionner les grands malades qui ne peuvent pas travailler, c'est formidable. Mais les nouveaux patients, pour s'assurer que, eux, ils arrivent à retourner dans la société, c'est important que ces gens-là soient supportés par le régime des médicaments, qu'ils ne soient pas pénalisés, qu'ils ne soient pas encouragés à devenir des personnes qui sont sur l'aide sociale. Et, pour ça, il faut faire tout ce qu'on peut pour s'assurer que ces gens-là reçoivent leurs médicaments.

C'est déjà des gens qui sont fragiles de nature. C'est rare que les grands malades schizophrènes, même s'ils arrivent à vivre dans la population en général, deviendront des gens qui auront des emplois très riches. Ce seront toujours des gens qui auront des emplois marginaux, ce sera une population démunie. Mais il faut

faire tout ce qu'on peut pour les supporter, pour qu'ils ne se retrouvent pas sur l'aide sociale, et les médicaments jouent un rôle majeur là-dedans parce que, en psychiatrie, notre technologie pour le virage ambulatoire, c'est les approches psychosociales et les médicaments. C'est tout ce qu'on a.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Loiseau:** Merci, M. le Président. Madame, messieurs, bonjour, bienvenue. Premièrement, j'aimerais peut-être revenir aux propos qu'a tenus la ministre d'entrée de jeu, en vous disant qu'elle était en désaccord avec de grands aspects de votre mémoire, certains aspects de votre mémoire, et surtout sur une des recommandations qui demande un peu plus de transparence quand on fait des consultations. Et, moi, je vais vous dire, la ministre a dit: On procède ici à une consultation, c'est de la transparence, ça peut être de la transparence diluée, en ce qui me concerne, parce qu'on ferme les yeux, et vous le mentionnez très bien à la page 27, que le gouvernement ne fait pas écho ou très peu d'échos sur les résultats du rapport Tamblin. Et il est vrai que, dans ce qu'on nous a donné comme documentation, on essaie de fermer les yeux, d'ignorer les résultats dévastateurs, les effets pervers et néfastes sur la vie des plus démunis de notre société depuis l'implantation du régime d'assurance médicaments.

Il est vrai que le gouvernement nous a — et je reprends les mots de la ministre au début de nos séances — remis des documents pour alimenter nos échanges avec ces pistes de révision. Il faut savoir que c'est un peu la voie facile qu'a choisie le gouvernement, pour régler la situation du régime d'assurance médicaments, de nous offrir des pistes de solution qui ne font qu'augmenter les primes ou les cotisations des usagers au Québec. Ça, c'est très facile.

Je veux revenir aussi à quand la ministre disait que, bon, le nouveau régime, depuis son implantation, a permis d'élargir, d'ouvrir le régime à un plus grand nombre de personnes au Québec. Mais, quand on met en place un régime universel d'assurance médicaments et qu'on en fait basculer des milliers d'autres dans la fragilité et qu'on force ces milliers d'autres Québécois et Québécoises à choisir entre manger ou se loger ou se procurer ses médicaments, il faut dire qu'il y a un problème dans le système, dans le régime. Et qu'on ferme les yeux sur cet aspect-là du régime, je trouve ça, moi, assez inquiétant de la part d'un gouvernement. Et je tiens sincèrement à vous remercier, au nom de ces gens-là, qui sont oubliés actuellement au Québec, à vous remercier pour votre mémoire d'une grande qualité, mais aussi vous exprimez avec beaucoup de clarté et d'exactitude la triste réalité que vivent ces personnes-là au Québec depuis l'instauration, depuis l'implantation du régime d'assurance médicaments.

J'aimerais revenir aux pages 15 et 16 de votre mémoire, où vous nous parlez des résultats d'une consultation que vous avez faite auprès des infirmières en

soins à domicile et aussi auprès des intervenants qui travaillent dans le secteur hospitalier. Particulièrement pour les personnes âgées à faibles revenus, vous nous dites que la contribution exigée par le gouvernement «a un impact sur leur équilibre budgétaire déjà précaire et les force à faire des choix».

Je veux vous relire, parce que ça n'a pas été dit pour les gens dans la salle qui n'ont pas eu la chance de lire votre mémoire. Vous dites que «les solutions les plus fréquentes» qui sont choisies par les personnes âgées: «un arrêt de la médication[...], une prise sporadique ou partielle de la médication[...], cesser les médicaments dont les effets sont imperceptibles dans l'immédiat, mais qui entraînent des conséquences beaucoup plus graves à moyen et à long terme».

Un peu plus loin, vous dites un deuxième constat de votre consultation qui est quand même assez inquiétant, c'est que «les intervenants croient que l'ampleur des problèmes est plus importante que ce qu'ils peuvent en constater». Vous parlez que finalement le régime d'assurance médicaments, en plus d'avoir aggravé l'état de santé des personnes âgées, les personnes âgées dénoncent... Et je vous cite: «Certaines personnes âgées dénoncent la situation, plusieurs se taisent, parce qu'elles sont trop fières pour avouer leur manque de ressources, ou ont peur de la réaction des médecins et autres soignants, ou encore minimisent la portée du problème par manque de connaissances. Il y aurait aussi beaucoup de stress et d'inquiétude vécus par les personnes âgées face à la hausse éventuelle des montants à déboursier.»

C'est quand même assez grave dans une société comme la nôtre que, quand on implante un régime d'assurance médicaments, on cible les plus démunis, parce qu'on doit rappeler que les plus démunis, les personnes âgées, ont été les premières à cotiser. On a parti le programme au mois d'août et, pour les autres Québécois, les gens ont adhéré au programme au mois de janvier, six mois plus tard. Le gouvernement en trois ans a fait 800 000 000 \$ d'économies sur le dos des plus démunis suite à l'implantation de son régime.

Si le gouvernement veut vraiment, avec la révision de son régime, faire un geste concret et social pour les plus démunis, qu'est-ce que vous suggérez au gouvernement de faire? Est-ce que c'est de geler leur contribution? Est-ce que c'est de réviser à la baisse? Est-ce que c'est d'aller vers la gratuité?

**Mme Daigneault-Bourdeau (Marie-Claire):** M. le Président, M. Daniel Adam.

**M. Adam (Daniel):** Quand nous avons, M. le Président, souligné les différents éléments que mentionne madame, je pense que ce que nous voulions illustrer, c'est qu'il ne faut pas regarder l'assurance médicaments comme un effet silo, il faut le regarder comme un tout et les impacts de l'assurance médicaments ont eu des impacts, en fait, sur les hôpitaux, comme le soulignait M. Laberge tantôt, et peuvent constituer un frein au virage ambulatoire.

Nous ne souhaitons pas commenter, en fait, les scénarios un par un, mais, à l'Association des hôpitaux, ce qui nous apparaît important, c'est que je pense qu'il faut éviter tout frein modérateur additionnel qui risque de pénaliser les malades et les hôpitaux également et pénaliser également le virage ambulatoire. Je pense qu'une des solutions que nous préconisons et qui est inscrite dans notre mémoire, ce sont les revues d'utilisation, notamment via le Réseau d'utilisation des médicaments qui est associé avec l'Association des hôpitaux, et d'entreprendre, comme le soulignait le Dr Mireault tantôt, une gestion optimale des médicaments.

Je pense qu'on tient également à souligner qu'on ne peut pas isoler les médicaments à la fois en ambulatoire et à la fois en hospitalier. Nous subissons à l'intérieur des hôpitaux les mêmes augmentations de coûts, l'introduction de nouvelles thérapies, et ces choses-là qu'on cherche à financer dans le régime ou dans la révision du régime d'assurance médicaments ne sont pas financées depuis 1992-1993 à l'intérieur des hôpitaux, ce qui accroît, en fait, la pression, une pression énorme financière sur les hôpitaux, ça, on tient à le souligner.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, M. Adam. Alors, Mme la ministre.

**Mme Marois:** Oui, merci, M. le Président. Moi, j'aimerais bien entendre aussi les solutions de l'opposition qui considère qu'on ne doit pas cesser de soutenir l'industrie pharmaceutique, qu'on doit baisser les impôts, qu'on ne doit pas réclamer notre argent à Ottawa pour les transferts en santé et qu'en même temps on devrait ne rien modifier à nos systèmes.

Bon, une petite correction. Et je suis d'accord qu'il faille essayer d'éviter que quelque changement que ce soit ait un impact sur les plus démunis. On se comprend bien? Une des hypothèses — je ne veux pas m'arrêter aux hypothèses — qui concerne justement l'augmentation de la prime ne les toucherait pas, ceux qui sont actuellement exemptés ou qui sont au SRG, au supplément au revenu garanti, maximum pour ce qui est des personnes âgées de même que les personnes qui sont à la sécurité du revenu, mais qui ne sont pas soutien financier, puisque, dans ce cas-là, elles n'en paient pas et donc seraient complètement exemptées si c'était le scénario qui était privilégié. Donc, en ce sens, on a, oui, une sensibilité à cette réalité-là, Mme la députée de Sainte-Anne, ne vous en inquiétez pas.

● (14 h 50) ●

Par ailleurs, je reviens au mémoire que vous nous présentez et je veux revenir sur la question des deux recommandations 7 et 8, c'est bien cela. Mais, avant de revenir sur ces deux recommandations, vous faites partie — vous savez, on progresse dans ce sens-là — du Comité avisé sur les médicaments et fournitures aux clientèles ambulatoires qui doit d'ailleurs nous faire un rapport en mai 2000. Parce que j'adhère à votre analyse et à votre point de vue quand vous dites: Il faut être capable de voir aussi certaines fournitures ou certains médicaments qui ne peuvent être obtenus autrement que dans certaines

circonstances et, si on ne les couvre pas... On parle des médicaments de type parentéral, c'est ça, on parle de certains pansements, entre autres, etc.. Alors, on a un groupe sur lequel vous participez et qui devrait normalement nous faire des recommandations — c'est bien ça? — en mai 2000, et ça va nous permettre d'apporter un certain nombre de corrections à cet égard-là, comme sur la question des médicaments essentiels aussi. Bon, une question sur 7 et 8.

**Le Président (M. Beaumier):** Mme la ministre, je crois que c'est terminé malheureusement.

**Mme Marois:** J'ai terminé. C'était sur l'intégration des organismes et du financement tripartite, entre autres. Ça, c'est intéressant, vous souhaiteriez que les compagnies pharmaceutiques contribuent?

**Le Président (M. Beaumier):** Excusez-moi, la question, elle est bien lancée, à présent la réponse ne viendra pas à ce moment-ci. Alors, merci beaucoup, Mme Daigneault-Bourdeau, ainsi que tous vos collègues de votre présentation et des échanges. Alors, j'invite l'Ordre des pharmaciens du Québec.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Beaumier):** À l'ordre, s'il vous plaît! S'il vous plaît! Alors, bienvenue à nos travaux à l'Ordre des pharmaciens du Québec. Je présume que M. Fernet est ici? Bonjour M. Fernet.

**M. Fernet (Paul):** Bonjour.

**Le Président (M. Beaumier):** Comme président, est-ce que vous pourriez présenter les gens qui vous accompagnent. Et également 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, et ce sera la même chose finalement pour les deux ailes parlementaires. Alors, M. Fernet.

#### Ordre des pharmaciens du Québec

**M. Fernet (Paul):** Merci, M. le Président. Mme la ministre, Mmes et MM. les députés, m'accompagnent aujourd'hui: à ma droite, Mme Louise Rousseau, secrétaire générale adjointe; M. Claude Giroux, directeur général et secrétaire de l'Ordre des pharmaciens; à ma gauche, M. Jean Provost, trésorier; et immédiatement à ma gauche ici, M. Reynald Tremblay, premier vice-président.

L'Ordre des pharmaciens du Québec tient tout d'abord à vous remercier de l'opportunité qui lui est offerte de pouvoir participer aux présents débats portant sur l'évaluation du régime d'assurance médicaments québécois.

Vous aurez sans doute remarqué à la lecture de notre mémoire que nous identifions un certain nombre de problématiques articulant au passage tantôt des critiques,

va sans dire des critiques positives, tantôt des pistes de solution destinées à l'amélioration du régime. Cette analyse pouvant paraître sévère tient sans doute au fait que la mission de l'Ordre des pharmaciens du Québec réside dans la protection du public et donc des citoyens qui utilisent et consomment des médicaments pour le maintien ou l'amélioration de leur état de santé.

En ce sens, nous vous soumettons que les pharmaciens doivent en tout temps être considérés comme des intervenants essentiels pour tout ce qui a trait aux médicaments, qu'il s'agisse de travaux de réflexion ou de l'implantation de mesures destinées à améliorer l'utilisation de ceux-ci. Et, comme la thérapie médicamenteuse devient de plus en plus un outil central pour les patients ayant à recourir au système de santé, sa gestion impliquera davantage la présence du pharmacien en général.

Cet exercice ne doit cependant pas occulter le fait que, pour l'essentiel, l'Ordre des pharmaciens du Québec estime que le régime représente globalement, pour les citoyens, une amélioration claire de leurs conditions de vie, et ceci, même pour les Québécois et Québécoises qui n'utilisent pas actuellement des médicaments, ne sachant jamais à quel moment de notre vie la maladie nous atteindra.

D'entrée de jeu, abordons les constatations qui découlent de la perception de nos concitoyens quant à leur régime d'assurance médicaments. Sur la question de leur contribution financière, nous pensons qu'en général ils n'y comprennent rien. Bien sûr, les Québécoises et les Québécois savent qu'ils sont assurés. Mais l'enchevêtrement de l'administration d'une franchise, d'une coassurance, d'un plafond en plus d'une prime et le tout modelé en fonction de différentes considérations socioéconomiques fait en sorte que bien malin celui ou celle pouvant prédire le montant de sa prochaine facture lors de la visite chez son pharmacien. On saura, par contre, que le fait de se présenter pour ses renouvellements quelque 48 à 72 heures plus tôt que prévu pourra possiblement nous faire économiser des frais de franchise.

Une autre grande constatation, celle-ci tirée du rapport Tamblin, est que la plus grande des prudences doit être observée quant au rehaussement de cette contribution. Il existe à n'en pas douter un impact direct entre les sommes exigées des patients et l'accessibilité de ceux-ci à leur médication. L'inobservance, la non-compliance ou ultimement la mise de côté des médicaments par des citoyens se traduit à n'en pas douter par des résultats économiquement désastreux et par des conséquences médicales et pharmaceutiques que la mise en place du régime avait justement pour but d'éviter.

Sans préjuger de la décision du ministère quant à ce rehaussement, nous proposons de lever ce qui nous semble la plus importante barrière qui subsiste entre le citoyen et son régime d'assurance médicaments, soit la franchise mensuelle. Au besoin, et tout ceci dans le prisme des impératifs de financement, la pérennité de ce financement s'articulera autour d'un réajustement d'autres paramètres, que ce soit la prime ou les plafonds. En tout temps, cependant, la capacité de payer du citoyen sera

prise en compte. Une modulation des primes pour tenir compte des revenus de ce dernier peut sans doute s'articuler sans pour autant glisser du concept d'assistance à celui d'assurance.

Abordons maintenant les conclusions tirées de l'analyse des pharmaciens sur ce régime qu'ils ont pour mission de rendre opérationnel au quotidien. Force est d'admettre, comme l'ont souligné d'autres intervenants depuis le début des travaux de la commission, que l'absence d'une politique du médicament nous fait cruellement défaut. Qu'en est-il des disparités régionales du fait que, selon que l'on réside à Chicoutimi ou à Roberval, les produits associés au traitement du cancer seront ou non offerts par le centre hospitalier et donc sans frais pour le patient ambulatoire? Comment expliquer que, selon que l'on soit traité à Montréal ou à Québec, nous serons référés à des intervenants du milieu communautaire ou pris en charge par l'établissement avec toutes les iniquités pécuniaires qui en découlent?

Par ailleurs, une telle politique du médicament nous permettrait sans doute de considérer le médicament avec une vision élargie. Ainsi, l'outil pharmacologique ne sera plus qu'une dépense, il deviendra un investissement, souvent de choix. Une telle politique permettrait également d'aborder le concept maintes fois dénoncé des approches silos. Sans chercher à entrer dans les calculs et les colonnes de chiffres, l'Ordre des pharmaciens estime qu'il serait pour le moins pertinent de considérer les transferts de budgets inhérents à la réalisation du virage ambulatoire dans l'appréciation de la performance du Fonds d'assurance médicaments.

● (15 heures) ●

Mais, puisqu'on parle de sous, comment une telle politique du médicament pourrait-elle avoir un impact sur la question d'un meilleur contrôle de l'évolution des coûts du régime? En énonçant, par exemple, clairement le principe selon lequel il faut redonner une partie de la gestion de ce régime aux professionnels de la santé, à ceux et celles qui, trop souvent, sont réduits à une étiquette, celle de générateurs de coûts.

D'une part, l'Ordre est fermement d'avis que le contrôle de l'évolution des coûts ne trouvera pas de solution facile dans la mise en place de mesures administratives, tel le prix de référence. La solution se trouve ailleurs, soit dans la meilleure utilisation des médicaments. D'autre part, cette utilisation optimale des médicaments, qui constitue un énoncé simple, n'est pas non plus d'application simple. Elle ne se réduit pas à l'adoption d'une série d'algorithmes ou de recettes prédéterminées d'application virtuelle, elle s'opère vis-à-vis d'un patient avec ses caractéristiques propres, ses maladies et autres traitements, parfois même avec ses valeurs personnelles.

Mais alors, comment s'y prendre? D'abord, en distinguant ce qui relève de l'administration et, d'autre part, de l'exercice d'une profession de la santé. À la page 16 de son mémoire, l'Ordre réaffirme sa confiance à l'égard du CCP dans tout ce qui a trait à l'élaboration de la liste des médicaments couverts. L'expertise de cet organisme n'est plus à démontrer. Ne confondons pas

cependant la gestion de la liste des médicaments et l'utilisation des médicaments. La plupart des intervenants ont jusqu'à ce jour souligné la valeur d'un outil appelé Revue d'utilisation des médicaments, les RUM.

Certains ont souligné que pour des motifs d'indépendance le comité d'experts proposé soit un comité non pas interne au CCP mais plutôt externe. L'Ordre est en entièrement de cet avis. Même plus encore, afin d'éviter toute confusion inutile — que ce soit par les patients ou par les soignants — que l'administration de la santé compromette l'indépendance de l'exercice du jugement professionnel, créons donc un organisme totalement indépendant, celui que nous pourrions appeler l'IRUM, l'Institut des revues d'utilisation des médicaments, et dont la simple logistique, cette fois-ci, sera confiée aux ordres professionnels.

Bien sûr, la composition de ce nouvel organisme prévoirait très certainement des sièges pour chacun des organismes administratifs concernés afin justement d'éviter de recréer un nouveau silo cette fois-ci, terme à la mode s'il en est. Une fois cet organisme créé, le défi consistera à traduire ses recommandations générales en impacts réels sur le terrain. Et comme cette réalité n'est pas toujours la même selon les différentes régions du Québec, il faudra décentraliser, rapprocher la prise de décision des professionnels qui, eux, interviennent auprès de la population. Sur ce point, nous sommes d'avis que l'expérience des CMDP, les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de nos établissements tels les hôpitaux, prouve hors de tout doute que la concertation interprofessionnelle en milieu de pratique est garante de succès. C'est pourquoi nous recommandons la mise en place de comités semblables en milieu communautaire qui veilleront à s'assurer la mise en application des recommandations de notre institut précédemment décrit.

Enfin, brièvement, mais peut-être le plus important, sur la question de la meilleure utilisation des médicaments et du contrôle de l'évolution des coûts, avançons l'hypothèse suivante: une meilleure utilisation des médicaments implique une meilleure utilisation des spécialistes du médicament: les pharmaciens. Il me semble que c'est un énoncé de bon sens. Nous avons par ailleurs entendu des suggestions au sujet de la formation de base ou continue à parfaire dans le domaine de la pharmacologie pour les prescripteurs. Cela est certes louable. Soulignons cependant que la connaissance intime du médicament est une question sans cesse de plus en plus complexe, qu'il faut du temps pour suivre l'évolution scientifique en ce domaine et que ce spécialiste existe. Son nom, c'est le pharmacien.

Serait-il temps enfin de considérer que le partage d'informations et de savoir bonifiera les interventions de chacun? Nous entendions, hier, nos collègues médecins insister sur l'utilité d'une meilleure information au sujet de l'identité des médicaments consommés par leurs patients. De même, les pharmaciens sont d'avis qu'ils devraient avoir, eux également, accès à des informations supplémentaires, soit les résultats de laboratoire ou encore l'intention thérapeutique du prescripteur. En partageant l'information, au lieu de réduire nos interventions, on

devrait les bonifier. Et donc, en clair, l'Ordre est d'avis que les réserves des professionnels quant au partage de l'information qui est celle du patient doivent disparaître. Toutefois, sous réserve évidemment de la protection de la confidentialité de celle-ci, ce qui implique, d'une part, son consentement éclairé, au patient, et, d'autre part, son intérêt supérieur. Avec ces objectifs en tête, je pense que nous ne pouvons que mieux réussir, et nous vous remercions de votre attention.

**Le Président (M. Beaunier):** Merci, M. le président. Alors, Mme la ministre.

**Mme Marois:** Oui. Merci, M. le Président. Alors, je vous souhaite la bienvenue à notre commission. Oui, vous avez manifesté un certain esprit critique, mais c'est aussi ce qu'on veut entendre. Mes propos précédents à l'égard de l'AHQ ne voulaient absolument pas signifier qu'on ne veut pas entendre de critiques; au contraire, on est là pour ça. Et j'ai eu un échange avec l'AHQ tout à l'heure, qui m'a dit: Vous savez, on veut être constructif, Mme la ministre. Et je suis bien d'accord. Mais je pense qu'en même temps il faut être capable de se dire les choses franchement.

D'abord, je veux vous remercier, les membres de votre Ordre — puisque tous en sont — d'avoir soutenu l'implantation du régime. Je pense que s'il n'y avait pas eu une collaboration étroite, en particulier des pharmaciens autant dans les établissements que dans les pharmacies communautaires ou ailleurs, et comme consultants aussi à l'intérieur du ministère par le Conseil consultatif de pharmacologie ou autrement, je ne pense pas qu'on aurait pu implanter le régime aussi rapidement et avec autant d'impact, même s'il demeure des choses à corriger. Alors, je veux le souligner parce que c'est tout à fait juste et régulièrement on l'a constaté et on me l'a mentionné.

Et je suis d'accord aussi avec vous que c'est compliqué comme régime. Ça a été, je vais vous dire, quand je suis arrivée au ministère, une des mes grandes préoccupations. Bon, je le savais comme décideur membre du gouvernement mais, évidemment, quand j'ai au quotidien à me préoccuper de ces politiques, on devient encore plus sensible à ces réalités-là. Et pour un citoyen, je peux comprendre que c'est un vrai casse-tête de saisir exactement ce qu'il paie, pourquoi il le paie, dans quelles circonstances.

Je l'ai regardé sous tous les angles, je n'ai pas encore renoncé complètement à pouvoir le modifier dans ce sens-là pour le simplifier mais, en même temps, quand on arrive avec des formules trop simples, on perd de l'équité souvent, et dans le sens où c'est peut-être plus facile à gérer, mais on est un peu moins fin quant à l'exemption pour une personne ou pour l'autre, quant à l'existence de plafonds, de coassurance ou autres. Parce que, comme c'est un régime d'assurance, on partage ensemble des risques mais, en même temps, il y a des aspects liés à des notions d'assistance, puisque certaines personnes paient moins que d'autres à cause de leur niveau de revenus. Ça nous amène à implanter des systèmes

complexes. Mais peut-être pouvons-nous penser à le simplifier un peu encore, je serais assez d'accord avec vous.

Bon. Dans votre mémoire, il y a plusieurs recommandations intéressantes. Elles vont toutes, ces recommandations, être évaluées, puis on va essayer de voir comment on peut en tenir compte, les intégrer avec d'autres propositions. À la partie c, à la page 15 de votre mémoire, vous faites une analyse assez intéressante, en fait, et une description aussi des stratégies ou des façons de faire des sociétés pharmaceutiques pour faire inscrire leurs médicaments sur la liste ou pour faire la promotion auprès des consommateurs. Et vous posez la question en disant: Est-ce que ça doit être restrictif ou comprendre une large gamme de produits, par exemple, sur la confection des listes? Mais aussi, est-ce qu'on doit un peu mieux encadrer l'action des compagnies pharmaceutiques qui font de la promotion?

Et j'aimerais un petit peu vous entendre là-dessus parce que c'est une question qui nous préoccupe, qu'on le veuille ou non. Effectivement, on va directement aux consommateurs avec lesquels on procède à des expériences évidemment à partir de médicaments déjà acceptés. Il y a une certaine forme de gratuité et puis, après ça, bon, on dit: Vous voyez, les gens sont tellement contents, il faut l'inscrire sur la liste. Est-ce que vous avez réfléchi un petit peu plus avant sur ces questions?

**M. Fernet (Paul):** Oui, tout à fait. Bien, il y a des principes généraux ici qui doivent être énoncés. Tout d'abord, en ce qui concerne l'Ordre des pharmaciens et les pharmaciens en général, je pense que pour nous l'industrie est un partenaire qui évidemment a des objectifs qui lui sont propres, qui sont très bien. Nous considérons donc que ces partenaires-là doivent pouvoir jouer un rôle. Ils peuvent assister même à l'occasion, par leurs activités, la meilleure utilisation des médicaments, une meilleure façon de conseiller parfois les patients quant aux effets secondaires, parfois bonifier de la formation à des professionnels.

● (15 h 10) ●

Cela étant, tout en les considérant comme des partenaires, on pense évidemment que la contribution doit être balisée. Nous faisons référence entre autres, dans ce document-ci, à la publicité qu'on dit en anglais «direct to consumer».

**Mme Marois:** C'est ça.

**M. Fernet (Paul):** Il y a des pièges, il y a des dangers ici et l'exemple de notre voisin américain n'est pas sans nous forcer à réfléchir sur ces questions-là. Alors, peut-être que l'esprit qu'on doit retenir de ce mémoire-ci, et sans entrer à ce moment-ci dans le cadre de l'exercice dans les menus détails, c'est que, oui, l'industrie est un partenaire; oui, on pense qu'on doit pouvoir travailler avec ces gens-là. Il y aurait peut-être éventuellement, au sujet des RUM, entre autres, des contributions à analyser, mais il faudra s'assurer toujours le désintéressement et l'objectivité des décisions qui seront prises.

**Mme Marois:** C'est ça. Je suis tout à fait d'accord avec vous, ça va de soi. En même temps, c'est sûr que c'est des partenaires puis, en plus, ce sont des agents importants dans notre société parce qu'ils travaillent quand même à la recherche et au développement justement de nouvelles molécules qu'on est particulièrement heureux de pouvoir utiliser parce qu'ils ont un effet thérapeutique très significatif, ça va de soi.

Bon. Vous dites, et on n'est d'accord aussi, qu'il faut préserver la continuité des soins entre les milieux hospitaliers et communautaires, donc généraliser l'utilisation du formulaire de continuité de soins élaboré par l'Ordre. Est-ce que vous avez documenté un peu déjà le taux d'utilisation de ce formulaire pendant les dernières années ou — vous l'avez un peu abordé tout à l'heure — est-ce que vous avez eu l'occasion d'en discuter aussi avec d'autres de vos collègues du monde de la santé, et comment ce serait, cela, reçu ou accepté?

**M. Tremblay (Reynald):** À ce stade-ci, on n'a pas systématiquement documenté l'utilisation de l'outil. On sait par contre que dans les milieux où il est utilisé, il est bien reçu autant du côté communautaire que des établissements de santé, mais on n'a pas de données précises à ce stade-ci, à savoir l'état de la situation quant à son utilisation sur le terrain comme tel.

**Mme Marois:** Mais vous pensez que c'est un instrument qui pourrait être bien reçu par les professionnels et ne pas poser de difficulté si on allait de façon un peu plus déterminée là et systématique quant à son utilisation?

**M. Tremblay (Reynald):** Je pense que ça va tout à fait justement dans l'esprit du partage de l'information à l'égard des limites qu'on vous a exposées aussi évidemment...

**Mme Marois:** Oui, c'est ça.

**M. Tremblay (Reynald):** ...de confidentialité puis de respect de l'autorisation du patient, évidemment. Et je pense que c'est un outil tout à fait facilitateur pour les cliniciens.

**Mme Marois:** D'accord. Bon. La question de l'Institut de revue de l'utilisation des médicaments. Vous avez vu effectivement, ce sont des avenues que l'on veut revoir, sur lesquelles on veut pouvoir travailler. Là, on a une des hypothèses qui dit: intégrer Conseil consultatif et Comité sur l'utilisation du médicament. Vous vous proposez une autre avenue qui est cet Institut de revue de l'utilisation du médicament — et particulièrement là, on comprend les médicaments visant le secteur ambulatoire et hospitalier, c'est bien ça que j'ai compris — confié aux ordres professionnels. Est-ce que vous avez fait part de cette suggestion à vos collègues soit du Collège des médecins ou d'autres corps professionnels?

**M. Fernet (Paul):** Voici, Mme la ministre. Dans un premier temps, je répondrais de la façon suivante. Le

Collège des médecins, hier, dans sa présentation, je pense, me semblait faire spécifiquement référence au rôle que devraient jouer les corporations professionnelles. En ce sens, je vous dirai qu'il y a une grande communication actuellement entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec parce qu'on sait que c'est à travailler de pair et conjointement qu'on va réussir à offrir des services donc plus grands. Gagnant sera le patient. Bon.

Au-delà du principe général maintenant, la question qu'il faut se poser... Parce que tout le monde va probablement être d'accord avec le fait qu'il faudrait que ce comité-là opère d'une façon indépendante. Ça, je pense que ça doit faire du sens. La question suivante qu'il faut se poser, c'est: Où se situe le lien le plus naturel, une fois que ces travaux-là vont être faits, pour les appliquer, pour pas que cela ne reste que...

**Mme Marois:** Lettre morte. C'est ça.

**M. Fernet (Paul):** ...des voeux pieux? Nous, ce qu'on prétend, c'est que, d'une part, on a l'expérience qui existe déjà dans le milieu des hôpitaux — on faisait référence tout à l'heure au CMDP; d'autre part, n'est-il pas raisonnable de croire que les stratégies d'intervention par les pairs sont plus garantes de succès? Et c'est dans ce sens-là qu'on dit: Ce n'est pas une question de désavouer, bien au contraire, l'expertise du CCP. Ce qu'on dit, c'est: Ne mêlons pas les questions administratives et les questions professionnelles. Or, la meilleure garantie d'une bonne perception du résultat des travaux, ce serait bien effectivement de les confier aux professionnels.

**Mme Marois:** D'accord. Ça va pour l'instant, M. le Président.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, Mme la ministre. Alors, M. le député de Vaudreuil.

**M. Marcoux:** Merci, M. le Président. Nous vous souhaitons la bienvenue. Nous vous remercions pour votre mémoire qui est de grande qualité, et je voudrais également souligner le travail que vos membres ont eu à accomplir dans le cadre de la mise en oeuvre de cette loi qui a été adoptée en 1996, je pense, notamment les pharmaciens qui sont propriétaires et aussi les pharmaciens en établissements. Il y a eu beaucoup de problèmes d'application; finalement, je pense qu'il y a eu une collaboration exceptionnelle et c'est également un support professionnel qui continue présentement. Je pense qu'on doit certainement saluer le grand professionnalisme des membres de votre Ordre à cet égard-là.

J'aimerais vous poser une question et après ça passer la parole à mes collègues qui également ont d'autres questions. Un peu comme l'Association des hôpitaux du Québec qui vous a précédés, vous souhaitez élargir le débat au-delà d'une stricte perspective économique ou financière. Je pense que c'est une préoccupation qui a été exprimée également par d'autres groupes. Dans ce cadre-

là, vous parlez de l'importance d'avoir une politique du médicament, à la page 13 de votre mémoire, et vous soulignez, à juste titre, que c'est un objectif qui avait été inscrit à la loi. D'ailleurs, le ministre du temps, juillet 1997, avait fait une annonce indiquant qu'il allait élaborer, avec les divers intervenants, une politique du médicament pour permettre une meilleure accessibilité, une utilisation plus appropriée, etc.

Or, voici que nous sommes près de trois ans depuis juillet 1997. Est-ce qu'il est juste de croire qu'il n'y a pas grand-chose qui s'est passé à ce sujet-là? Est-ce que c'est un voeu pieux que vous exprimez encore une fois? Parce que la ministre, hier... Il semble, moi, que la seule suite qui a été donnée à l'annonce du ministre de 1997, quand la ministre, hier, a annoncé que, oui, c'était important, qu'il y aurait un chantier sur ce sujet-là. Alors, je dis: Bien, écoutez, est-ce que ce n'est pas un voeu pieux que vous exprimez?

**M. Giroux (Claude):** M. le Président, la politique du médicament nous semble devoir être. La déclaration de Mme la ministre hier a suscité beaucoup d'espoir chez les pharmaciens. On considère que c'est à la fois l'instrument qui nous permettrait de faire une analyse avec une grille réaliste de la performance du régime d'assurance médicaments et quelque chose qui nous aiderait à nous guider dans le méandre des considérations industrielles et commerciales et socio-sanitaires qui entoure le médicament pour être capable de faire une réflexion globale sur le médicament, sur le rôle de l'industrie, sur les coûts et les bénéfices. On croit que de toute façon on va devoir avoir, on est convaincu qu'on va avoir une politique du médicament. La question du délai, bien sûr, est tributaire des priorités et des appréciations de nos élus.

**M. Marcoux:** Si je comprends, vous êtes des gens patients!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Beaumier):** M. le député de Nelligan.

**Une voix:** Et polis. Patients et polis!

**M. Williams:** Merci beaucoup. Merci beaucoup, M. le Président et merci beaucoup à l'Ordre des pharmaciens pour votre présentation et aussi votre présence dans nos communautés. Souvent, les pharmaciens sont d'excellents interlocuteurs bien attachés à la communauté, et je profite de leur présence pour demander souvent des questions, avoir de l'information, comment ça marche, et je voudrais juste, en ondes, vous féliciter pour votre travail.

Mais, il faut que je le dise, je n'ai aucune confiance en ce gouvernement dans tous les dossiers de santé. Ils ont coupé aveuglément plus de 2 000 000 000 \$ pendant des années. Ils ont transféré, ils ont économisé 800 000 000 \$ sur le dos des personnes âgées, des personnes assistées sociales. Ils ont essayé d'attacher vos salaires avec la

prescription au générique, que j'ai appelé à l'époque une proposition indécente. Heureusement, ça n'a pas passé, ça n'a pas été mis en vigueur, je pense.

● (15 h 20) ●

Avec ça, je questionne vraiment le gouvernement avec les coupures aveugles, le transfert sur le dos des malades et aussi les ententes... On essaie d'entrer dans votre champ professionnel, de choisir un type de médicament ou l'autre. Je peux sortir mes lettres de l'époque, je trouvais que c'était complètement inacceptable. Et maintenant, on arrive avec neuf jours. Ils ont donné à la population québécoise neuf jours pour agir sur une piste de solution, des pistes de solution, qui vont au moins trouver dans nos poches un autre 200 000 000 \$. Avec ça, là, j'ai de la misère à croire qu'en arrière de tout ça, c'est la santé de la population québécoise.

Vous avez parlé beaucoup de l'utilisation rationnelle des médicaments. Et moi, je pense comme vous: c'est vraiment une des pistes assez importantes à suivre. Dans les autres documents que nous allons discuter un peu plus tard, on parle que peut-être le Québec peut sauver 1 000 000 000 \$. Je me souviens de la documentation dans le passé, que 10 % ou 15 % de nos admissions dans nos hôpitaux sont de la mauvaise utilisation des médicaments, sous ou surutilisation.

Je voudrais aller un peu plus loin avec vous. Vraiment, comment on peut intégrer le pharmacien dans ce continuum décisionnel, s'assurer que nous avons vraiment la meilleure utilisation des médicaments? Parce qu'il me semble que c'est la clé. On peut faire tous les débats, je sais ce gouvernement aime, directement ou indirectement, augmenter tout le temps les primes, les franchises, les taxes sur le dos de la population québécoise. Et je suis vaincu, comme le rapport Tamblin, que ce n'est pas une bonne façon de faire. Il me semble qu'on peut être beaucoup plus créatif dans ça.

C'est bien beau de faire ça comme discours à l'Assemblée nationale mais, sur le terrain, comment on peut impliquer les pharmaciens dans cette meilleure utilisation des médicaments?

**M. Fernet (Paul):** Merci pour votre question, M. le député. Écoutez, je pourrais vous donner deux aspects, deux idées de réponse. La première, c'est qu'actuellement, dans le cadre des travaux de la commission, on a beaucoup parlé de la question des RUM, comme on a dit tout à l'heure, et on s'est beaucoup préoccupé de savoir, selon les intervenants, qui devrait être le maître d'oeuvre des travaux de cette organisation-là. Peut-être, ici, la différence qu'on veut souligner et qui a été soulignée aussi avec les intervenants qui nous ont précédés, c'est vraiment l'application régionale, la décentralisation pour mettre en application ces recommandations, ces travaux-là de meilleure utilisation des médicaments.

Quand on va arriver à cette étape-là, je pense qu'on doit absolument tirer profit effectivement de la bonification des interventions thérapeutiques par le rôle du pharmacien. On a donné déjà à quelques reprises l'exemple des CMDP. Il faut réussir à recréer une atmos-

phère, une collégialité de travail, mais dans le domaine communautaire où la participation du pharmacien, qui est incontournable quand on parle de meilleure utilisation des médicaments, va être mise en valeur et va être utilisée. Or, actuellement, si on en fait la proposition, c'est qu'il n'existe pas ce genre de structure régionale. Et je pense que c'est le chaînon manquant véritablement au niveau communautaire pour pouvoir avancer des pistes de solution qui vont nous permettre de mieux utiliser les médicaments.

Maintenant, peut-être le deuxième court élément de réponse que j'aimerais vous donner, c'est qu'on va peut-être faciliter, si vous voulez, la performance, entre guillemets, du pharmacien dans ses interventions professionnelles, d'abord dans la mesure où on va reconnaître qu'elles sont pertinentes — et chose, je pense, que les pharmaciens ont réussi à démontrer au cours des dernières années — mais surtout peut-être — et c'est là qu'administrativement parlant peut-être qu'on pourrait avoir un coup de main — faciliter, trouver des façons de faciliter les interventions.

Je vous donne, par exemple, l'opinion pharmaceutique qui s'est avérée au cours des dernières années un outil clé, je dirais, de pénétration des interventions professionnelles des pharmaciens. Alors, peut-être y aurait-il lieu de prendre un moment de réflexion éventuellement et de voir comment on peut bonifier cet outil-là et le rendre facilitant, si on veut. Alors, c'est des exemples de réponses, mais qui tournent toujours autour de la question de mieux utiliser le professionnel qu'est le pharmacien.

**M. Williams:** Une brève question. Au moment où on parle, est-ce que j'ai bel et bien compris que vous n'êtes pas obligés, selon votre opinion pharmaceutique, de substituer un générique à un autre ou est-ce que vous êtes obligés, au moment où on parle, de substituer ça malgré votre opinion pharmaceutique?

**M. Fernet (Paul):** C'est des questions différentes, en tout respect. C'est que la question de la substitution, pour un produit générique, a trait beaucoup plus à la gestion de ce qu'on appelle l'équivalence d'un médicament d'une compagnie pour une autre, alors que l'opinion pharmaceutique, c'est l'intervention professionnelle du pharmacien. Substituer, c'est également un acte professionnel, on s'entend, qui est décrit à la loi. Mais l'opinion pharmaceutique dont on parle est celle qui trouve sa conclusion, si vous voulez, par le biais d'une entente avec le ministère et par laquelle on va facturer un service professionnel qui va être, par exemple, l'intervention pour une sous utilisation, pour un problème d'allergie, pour effectivement, appelons ça comme ça, bonifier la meilleure utilisation des médicaments. Alors, c'est une intervention qui est, à ce moment-là, reconnue et facturable. Ce sont des questions un peu différentes, si vous voulez.

**M. Williams:** Merci.

**Le Président (M. Beaumier):** M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, j'aimerais vous signaler qu'il reste 6 min 40 sec à votre formation.

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. Messieurs, madame, je voudrais peut-être revenir un peu sur la question de la gratuité des médicaments pour les prestataires de l'assistance emploi, contenue à la page 11 de votre mémoire, et vous entendre un peu plus peut-être, si vous avez des expertises à nous donner, au sujet de l'étude, du rapport du Dr Tamblin.

Dans un premier cas, dans un premier temps, vous indiquez que les modifications qui sont entrées en vigueur le 1er octobre 1999 visaient à corriger une situation inacceptable, mise en évidence par l'équipe Tamblin. Vous êtes sans savoir, j'imagine, que le correctif apporté au 1er octobre 1999 ne touchait que les prestataires d'assistance emploi avec des contraintes sévères à l'emploi. On a eu ce débat, on va continuer de l'avoir, il s'agit de 115 individus adultes sur à peu près 125 000 adultes. Alors, on laisse pour compte à peu près 410 000 prestataires d'assistance emploi.

La ministre nous dit: Mais, c'est les 115 000 qui sont responsables de 65 % de la consommation. Je veux bien. On n'a pas vu cette étude-là, qui l'indique, je le comprends. Par contre, ce qui est important, ça dépend de quel bord de la table on s'assoie. Il y en a un qui dit que le verre est à moitié plein, l'autre qui dit que le verre est à moitié vide. Dans mon cas à moi et dans notre cas à nous, nous, on voit le verre à moitié vide et non pas à moitié plein.

Et vous saluez le gouvernement pour une action rapide. Je dois vous dire, en tout respect, que votre compréhension d'une action rapide qui prend trois ans n'est pas pareille à la mienne. Mais ça, c'est une question d'interprétation. Je comprends très bien.

Ce qui concerne le rapport Tamblin, je ne sais pas si vous avez des expériences là-dessus. Parce que, à date, là, presque tous les groupes qui sont venus devant la commission ont commencé à parler du rapport Tamblin et la ministre a essentiellement dit: Ce n'est pas tout à fait ça que le rapport Tamblin dit. Vous n'avez pas tout à fait compris. Même à l'Association des hôpitaux du Québec, là, qui ont indiqué: «Nous nous permettons d'insister sur les résultats de l'étude Tamblin, auxquels le gouvernement fait peu d'échos dans son évaluation du régime.» Ils continuent, eux autres, de dire: «Les données recueillies par Tamblin révisant donc la pointe de l'iceberg.» Semble-t-il, il y a juste la ministre de la Santé qui comprend bien le rapport Tamblin. Tous les autres groupes qui viennent devant nous autres, là, ne comprennent pas. Mal compris. Vous n'avez pas compris. Moi, je comprends, puis ce n'est pas ça. Je ne sais pas si vous, vous avez regardé le rapport Tamblin et les effets néfastes très clairement démontrés par ce rapport.

**M. Fernet (Paul):** M. le député, en tout respect, je pense que oui, il est exact — il faut le dire et c'est notre rôle comme protecteurs de la santé publique et des bénéficiaires, des utilisateurs — c'est notre rôle de le dire, qu'il subsiste des problèmes, et c'est ce que nous avons fait très clairement dans le mémoire. Alors, je comprends vos appréhensions.

Cependant, l'analyse que nous faisons plus spécifiquement du rapport Tamblin, la grande leçon — parce qu'on pourrait en tirer bien des conclusions, il appartient aussi, dans une bonne part, je pense, aux élus de tirer les conclusions qui s'infèrent d'un tel document — que nous, dans notre rôle de protecteurs de l'utilisateur du médicament, de l'utilisateur du régime d'assurance médicaments, donc la grande leçon, c'est: Attention à la contribution. Et c'est ce que nous avons dit et ce que vous nous donnez l'opportunité de répéter: Faites attention effectivement à la pression qu'on place sur le bénéficiaire, sur l'utilisateur de médicaments, quand on parle de sa contribution.

Et on a vu des exemples. Je pense que c'est des signaux clairs d'avertissement qui nous sont donnés. Et notre responsabilité effectivement, c'est, si bien que d'une part il faille considérer les questions de contribution et de financement des régimes, protégeons l'utilisateur pour ne pas créer plus de dommages à l'utilisateur en haussant ses contributions qu'on veut régler de problèmes, dans le fond.

● (15 h 30) ●

**M. Copeman:** M. le Président, hier, on a eu une présentation du Dr Paul Saba, qui représente la coalition des médecins pour la justice sociale, qui nous a parlé, toujours, de la situation des pharmaciens propriétaires qui sont obligés de subventionner des individus qui ne sont pas capables de s'acquitter de leur contribution financière. On avait entendu ça beaucoup évidemment dans les trois années précédentes. Semble-t-il, de façon assez anecdotale, ça existe toujours. Est-ce que vous avez des indications sur cet aspect du témoignage du Dr Savaria?

**M. Provost (Jean):** M. le Président, Mme la ministre, messieurs, mesdames. Vous savez que je suis un pharmacien qui pratique en milieu communautaire. Quand on regarde le régime d'assurance maladie tel qu'il est, on est obligé de le voir dans toutes ces années. Je peux vous dire que, oui, actuellement, d'une façon anecdotique, les pharmaciens aident encore les gens. Je le fais aussi personnellement. Sauf qu'on ne peut pas oublier le fait et le bien que le régime a apporté actuellement. Et j'appuie encore, M. le Président, là-dessus: Il y a encore des corrections à faire. Mais, actuellement, le système, on est d'accord avec. On l'applique, on le vit chaque jour, il y a encore des correctifs à faire. Ce n'est pas facile pour nous. Je peux vous dire qu'encore aujourd'hui on doit expliquer à plusieurs patients les problèmes au niveau de la comptabilité en ce sens quel va être le prix payé pour le produit, etc. Je dois vous dire que ça nous cause encore des problèmes et que ça nous empêche d'être plus professionnels parce qu'on consacre une partie de notre temps à expliquer. Sauf que, quand on le regarde dans son ensemble, on n'a pas oublié le bienfait, en comparant avec ce qu'on avait avant, du régime d'assurance maladie actuel. Ah oui, anecdotiquement, on aide des gens. Et c'est encore vrai, je le fais aussi personnellement. Mais je peux vous dire que ça demeure des exceptions, et je pense que les correctifs qu'on demande devraient régler ce problème-là.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci. Alors, Mme la députée de Crémazie.

**Mme Blanchet:** Merci, M. le Président. M. Fernet, depuis l'instauration du régime d'assurance médicaments, dans nos bureaux de circonscription, on a entendu plein de choses. Moi, dernièrement, j'ai entendu parler d'un nouveau service, si on peut dire, semble-t-il. Je ne sais pas si c'est le terme exact, mais on a appelé ça — ceux qui m'en ont parlé — «les pharmacies postales», c'est-à-dire comme une centrale ou un centre d'appels où les gens qui ont une prescription en bonne et due forme peuvent téléphoner, donnent le médicament qui leur est prescrit par leur médecin, et tout ça leur est livré à domicile. Et semble-t-il — toujours selon ce que l'on m'a raconté — lorsque vous téléphonez à cet endroit, bien, la personne qui prend votre commande vous suggère fortement de faire renouveler, si vous voulez, pour trois mois, compte tenu évidemment de ce que chacun a à payer, compte tenu de ses revenus. Et, bien, la plupart du temps, ça fait en sorte que les gens peuvent sauver deux mois de cotisation. Alors, ils ont finalement deux mois de gratuits ou payés à même le régime.

Et, moi, la personne qui m'en a parlé m'a dit avoir déposé une plainte devant l'Ordre des pharmaciens parce qu'elle trouvait que ce n'était pas correct, en fait, de fortement suggérer aux gens d'avoir une partie de leurs médicaments, comme on dit, sur le bras. Alors, est-ce que vous avez entendu... Est-ce que ce serait une pratique, je ne dirais pas courante, mais est-ce que ça se pourrait que, tout à coup, il y ait un service comme celui-là qui se soit développé? Et, si oui, eh bien, est-ce qu'effectivement vous faites des réprimandes à vos membres qui pourraient fortement suggérer ce service-là, en fait, d'utiliser la gratuité à outrance, si je peux dire?

**M. Fernet (Paul):** Voici. Il y a un principe de base qui a toujours été affirmé par l'Ordre des pharmaciens et qui veut idéalement et toutes choses étant normales, si vous voulez, qu'une dispensation de médication soit basée sur environ 30 jours. C'est, à notre avis, le laps de temps qui, d'une part, permet une fréquence de visites chez son pharmacien qui lui permet de bien guider, de bien évaluer le résultat de sa thérapie médicamenteuse pour son patient et, d'autre part, qui empêche aussi, en parallèle, des pertes parfois de médicaments quand il y a des changements de traitement. Alors, il y a un volet professionnel réel d'intervention.

Vous savez que le pharmacien est le professionnel de la santé le plus facilement accessible. Alors, ce contact-là, il est primordial. C'est souvent la clé d'entrée au régime et le gardien, si on veut, dans ses grandes lignes, de la santé. Alors, pour ces motifs-là et pour des motifs aussi économiques, c'est la bonne mesure de pratique, si je peux prendre l'expression.

On a déjà eu des dossiers qui nous questionnaient sur des pratiques de pharmacie postale. On ne pense pas que ce soit de la bonne pratique, la pharmacie postale. On pense qu'un patient gagne, comme avec son médecin,

comme avec son pharmacien, à rencontrer son professionnel, à discuter avec lui, qu'il s'établisse une relation de confiance qui est si importante dans le domaine de la santé, si vous voulez, chose qui n'est pas possible avec la pharmacie postale.

Qu'exceptionnellement un patient soit mal pris et ait besoin de se faire poster des médicaments, c'est des choses qui peuvent arriver, mais on ne parle pas de ça. On parle d'un régime, d'un système qui viserait la distribution par ces modes-là. Non, l'Ordre des pharmaciens est tout à fait contre ces façons de faire et, évidemment, une des missions primordiales de l'Ordre, c'est d'assurer la sécurité, et un moyen pour y parvenir, bien, effectivement, c'est de tenir des enquêtes, de référer des problèmes au département du syndicat. Et je peux vous dire que le syndicat de l'Ordre des pharmaciens fait un travail excellent. Les dossiers sont en ordre et ces situations-là sont suivies, malheureusement ne sont pas discutables sur la place publique puisqu'il s'agit d'enquêtes. Mais je vous réitère que l'Ordre des pharmaciens est tout à fait conscient de son rôle à cet égard-là et il le prend très au sérieux.

**Mme Blanchet:** Je vous remercie.

**Le Président (M. Beaumier):** Il reste deux minutes et demie, à peu près.

**Mme Marois:** D'accord. Merci, M. le Président. Une dernière question. Dans votre rapport, à la page 19, le mémoire principal, vous faites référence à l'utilisation d'outils économiques qui peuvent poser parfois des problèmes d'éthique, puisqu'en effet nous proposons de regarder un certain nombre de critères dont le rapport coût-efficacité, suite d'ailleurs... C'était le rapport Doucet, je pense, qui nous suggérait cela.

Bon, imaginons qu'on l'ajoutait, ce critère-là, coût-efficacité et impact économique. Si on ajoute aussi, par exemple, des comités ad hoc qui seraient concernés par l'éthique au sein du comité, comme il est mentionné d'ailleurs dans le rapport Doucet, est-ce que ça vous apparaîtrait suffisant pour encadrer l'ensemble de l'exercice de telle sorte que ce ne soit pas seulement ce critère-là qui soit prévalant?

**M. Tremblay (Reynald):** Moi, comme pharmacien d'établissement de santé, ce travail-là est déjà en marche dans les établissements de santé parce que, effectivement, on approche la décision d'insérer ou non une molécule au formulaire de l'établissement en élargissant nos critères à l'extérieur des coûts, par exemple. O.K.? On évalue justement l'impact sur l'utilisation des lits et, effectivement, même maintenant, notamment dans les thérapies de deuxième ou de troisième ligne, dans le traitement du cancer en l'occurrence, ça nous pose aussi carrément des problèmes éthiques dans certains cas, et il faut les aborder. Je pense que, dans cette perspective-là, d'inscrire ces nouveaux critères à l'analyse de l'instauration d'une molécule dans le cadre du programme, c'est tout à fait pertinent à ce stade-ci.

**Mme Marois:** D'accord. Alors, je vous remercie pour votre présentation.

**M. Fernet (Paul):** Pardon, Mme la ministre, avec votre permission, je pense qu'il y aurait un petit mot à rajouter.

**Mme Rousseau (Louise):** J'aimerais rajouter juste quelque chose, c'est que, quand on parle d'enjeux éthiques, quand on parle de pharmacéconomie et d'analyses économiques, c'est que les analyses coûts-bénéfices soulèvent certains types d'enjeux. Normalement, nous, quand on le fait, on se concentre plus sur des analyses coût-efficacité. Effectivement, si on a un encadrement avec un processus transparent et plusieurs personnes qui peuvent apporter leur opinion, c'est tout à fait de mise de procéder à ce type d'étude là. Mais il faut évidemment prendre en compte ces enjeux-là qui sont des enjeux éthiques pour bien protéger les citoyens.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, Mme Rousseau, M. Fernet ainsi que tous vos collègues.

● (15 h 40) ●

Alors, j'inviterais le Fonds de la recherche en santé du Québec à venir à la table.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, alors... J'allais dire: Alors, puis: À l'ordre! Alors, je comprends que M. Bureau est ici comme président. Alors, bonjour, M. Bureau. Si vous pouviez nous présenter les gens qui vous accompagnent et ensuite prendre 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, et ça sera suivi d'échanges de 15 minutes de part et d'autre des ailes parlementaires. Alors, bonjour et, M. Bureau, la parole est à vous.

#### Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

**M. Bureau (Michel A.):** Merci. Je me présente d'abord: Michel Bureau, je suis médecin et pédiatre. J'ai pratiqué longtemps la médecine et maintenant je préside le Fonds de la recherche en santé du Québec; le Dr Boyle, Pierre Boyle, qui est Ph.D. épidémiologiste et le directeur général du FRSQ, Fonds de la recherche en santé; et le Dr Jean-Pierre Grégoire, qui est Ph.D. de pharmacologie et professeur à l'Université Laval, et il dirige un secteur de recherche sur le bon usage du médicament.

On a un message à livrer, et nos commentaires gravitent alentour de celui-ci. On ne peut pas avoir un régime d'à peu près 1 000 000 000 \$ — ou bientôt — qui n'élabore pas ses stratégies sur une analyse extrêmement précieuse et suivie de quels sont les meilleurs impacts que peut avoir ce régime d'assurance médicaments du Québec. Nous apprécions la grande qualité du régime du Québec. Au départ, nous pensons que centrer ce régime sur l'amélioration de la qualité de l'usage du médicament permettra aux citoyens du Québec de tirer davantage de cet

investissement majeur. Nous croyons donc que c'est un système exemplaire et, encore une fois, Québec est le fer de lance dans un grand changement que nous pensons devoir s'implanter un peu partout au Canada.

La révision du programme actuellement nous semble tout à fait appropriée. C'est le moment de le faire, nous saluons la révision des structures. Nous allons centrer notre intervention sur une seule perspective, c'est la qualité de l'usage des médicaments. Pour nous, c'est un véritable problème. Vous en avez fait vous-mêmes l'expérience personnelle: on a une prescription, on sait plus ou moins pourquoi, on prend le médicament, on arrête, on pense qu'on a de faux symptômes ou de bons symptômes, nous ne revoyons pas notre pharmacien, abandonnons la prescription, et la maladie ou bien suit son cours ou bien guérit toute seule, dans certaines circonstances.

Le Québec, par ses outils uniques et sa structure unique, peut mettre en place un régime encore de plus grande qualité, mais il devra investir dans l'évaluation de son régime et cibler ses interventions aux endroits où la recherche et les nouvelles connaissances vont permettre de l'améliorer le plus facilement. On a cité abondamment le rapport Tamblyn. Il faut voir là les fruits de la recherche, une certaine recherche appliquée sur l'usage du médicament et sur le régime en cours.

Le régime permet un accès raisonnable aux nouvelles thérapies. Il a des processus d'introduire les nouvelles thérapies de façon raisonnable. Il a ses comités d'analyse et ses comités de suivi, et il prévoit une révision de la structure.

Une démarche parallèle sur la pharmacothérapie de qualité nous semble absolument essentielle. Pharmacothérapie de qualité, on en a parlé plusieurs fois avant nous ici, c'est l'usage du bon médicament au bon moment, à la bonne dose, bonne durée, administré de bonne façon. Et ceci devrait être au coeur du régime actuel.

Les obstacles à la pharmacothérapie de qualité sont nombreux, et les pharmaciens en parlaient avant nous tout à l'heure. Les médecins en ont parlé aussi, hier, au Collège des médecins. La prescription d'un médicament est à la fois une science et un art, aucun patient n'est pareil. Il y a quand même des grandes lignes que la profession médicale et la profession de pharmacien peuvent et doivent suivre.

Nous nous dirigeons de plus en plus, dans le système de santé, dans la manière de pratiquer la médecine et de pratiquer les professions, vers l'élaboration de ce à quoi nous référons comme des guides de pratique. Des guides de pratique, c'est une sorte d'algorithme pour approcher la thérapie du patient concerné. Et bientôt, on verra, sur le site Internet, nos patients consulter le Net pour voir quel médicament leur semble le plus approprié dans telle et telle circonstance. Alors, nos médecins sont souvent stimulés par cette clientèle qui est de plus en plus instruite. Alors, la manière de choisir le bon médicament et la performance à cet égard demandent la participation de plusieurs, et c'est une participation d'éduquer la profession médicale et les médecins aux changements, à l'arrivée des nouvelles thérapies, à la connaissance qui progresse

d'année en année sur les effets bénéfiques et nocifs des médicaments qui sont prescrits.

Alors, l'intervention du Collège des médecins, des associations professionnelles, des facultés de médecine, des hôpitaux d'enseignement, de l'industrie pharmaceutique avec ses études aussi sur ses propres produits doit aider. La première cible dans la pharmacothérapie de qualité: choisir le bon médicament.

Les obstacles à la pharmacothérapie de qualité tiennent grandement aux habitudes ou à la négligence de la clientèle qui reçoit les médicaments. Et ici il faut penser à un système qui amènera une interaction efficace entre le médecin qui prescrit, le pharmacien et le patient qui reçoit le médicament. Il y a trois sites là, il y a une interaction qui doit s'établir, et, actuellement, ceci n'existe pas dans notre système.

Vous connaissez comme moi, pour l'avoir lu ou entendu ici, qu'au mieux un médicament sur deux est bien pris par le patient qui reçoit la prescription. Et les raisons sont multiples: de l'oubli du médicament à une mauvaise compréhension et un blocage émotionnel ou une crainte de l'effet nocif du médicament, qui est bien louable en soi. Mais, bien comprise, en balançant les effets bénéfiques et les effets secondaires d'un médicament, l'explication appropriée arrivera à convaincre le patient de suivre l'ordonnance prescrite.

Si un médicament sur deux n'est pas pris ou mal pris, l'effet visé par cette thérapie n'est pas atteint et, les conséquences, vous les connaissez. Pour ceux qui ont des maladies plus bénignes, peut-être qu'on ne verra pas tout de suite les conséquences. Ce qui coûte cher, les patients qui sont très malades, l'insuffisance cardiaque, cancer, infection aiguë, etc., pour eux, les conséquences sont sévères: mauvais contrôle de la maladie, guérison retardée, réhospitalisation, nouveaux tests de laboratoire, nouvelles visites au médecin, le médicament ne marche pas, on change de prescription, et le cycle recommence.

• (15 h 50) •

Le FRSQ, notre mission est de faire de la recherche pour aider la qualité des services de santé, et, dans le domaine du médicament et du bon usage du médicament, nous avons, au Québec, de grands gains à faire, et c'est là notre principal message. Alors, nous recommandons, comme ce concept prend une place de plus en plus dans les systèmes de santé du monde occidental, de consacrer une partie du budget à l'étude de la qualité du produit, la qualité de l'usage du médicament. Alors, l'efficacité du médicament doit être bien connue et les études appropriées doivent être faites pour que ceux qui prennent la décision d'inscrire le médicament au formulaire, par exemple, en connaissent vraiment l'efficacité potentielle.

Développer les connaissances sur l'utilisation optimale des médicaments. Développer les stratégies d'intervention. Et là c'est peut-être là où on est le plus faible. Je crois que l'industrie pharmaceutique a fait allusion à ça — je n'ai pas vu leur mémoire, mais on me l'a citée — dans la gestion des maladies, il y a une intervention qui peut être faite, qui est une recherche de type

recherche-action, pour s'assurer que cette triade entre le médecin qui prescrit, le pharmacien qui livre le produit et le patient qui le prend soit respectée et que la maladie tire bénéfice de cette thérapie médicamenteuse. Et les retombées de cela, si on dit qu'il coûte, en Amérique du Nord, à peu près 75 000 000 000 \$ par année en raison de médicaments mal utilisés par la clientèle, on pourrait extrapoler au Québec que c'est pas mal d'argent qui pourrait être sauvé si on réussissait à pallier à ce mauvais usage de médicaments de la part de la clientèle. En d'autres mots, il faut voir que la recherche dans le secteur du bon usage du médicament, à savoir bien prescrit, bien choisi, bien utilisé, n'est pas une dépense mais un investissement, et nous recommandons que 1 % du budget de l'assurance médicaments soit investi dans cette direction.

Je vous remercie, c'est l'essentiel du message qu'on voulait vous livrer. Nous ne sommes pas rentrés dans ce qui est probablement le noeud de cette commission parlementaire, le coût du régime et comment partager le coût, nous avons plutôt pris notre analyse par le biais de l'apport de la recherche à ce secteur.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci beaucoup. Alors, il y aura 17 minutes de part et d'autre de disponibles. Mme la ministre.

**Mme Marois:** D'accord. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Non, je suis très intéressée d'entendre vos propos, au contraire, parce que justement il faut être capable, même si on n'aborde pas strictement une question ou l'autre qui est à l'évaluation, d'ouvrir un peu les horizons, et c'est ce que vous nous apportez aujourd'hui, et particulièrement le secteur de la recherche, parce que je crois que, dans le secteur de la recherche, c'est par là qu'on finira aussi par trouver un certain nombre de solutions aux problèmes auxquels on est confronté. Et vous en identifiez un certain nombre qui sont particulièrement pertinents d'ailleurs, qui nous interpellent, qu'on retrouve aussi à l'évaluation du régime, hein: l'accès, l'usage optimal du médicament, les obstacles à la pharmacothérapie de qualité, bon, etc.

Moi, ma question plus générale justement, eu égard à vos fonctions au Fonds de recherche en santé: Quelles sont les sommes, dans l'ensemble des fonds que vous allouez, qui sont actuellement consacrées de près ou de loin à des études sur le médicament, son utilisation ou d'autres aspects de cet ordre?

**M. Bureau (Michel A.):** Je laisserai le Dr Boyle ajouter le plus spécifique, mais c'est difficile de répondre à cette question avec précision parce que la question ne peut pas être précisée. Si nous appelons «recherche sur le médicament» du travail sur la molécule elle-même pour voir quelle est son efficacité quand la molécule est encore très jeune et pas encore un véritable médicament, bien là, un très grand nombre de nos recherches qui sont dans tous les secteurs — pulmonaire, cardiovasculaire, cancer — teste l'efficacité de molécules sur des tumeurs cancéreuses.

Mais ce ne sont pas encore des médicaments, ce sont des molécules.

Si votre question cible l'environnement du patient qui reçoit une prescription et de voir comment il en fait usage et quel bénéfice il en a, là les sommes investies sont relativement petites. Elles sont de l'ordre de 1 000 000 \$, 1 500 000 \$ au Québec. Et, même si je dis ça, probablement qu'elles sont plus élevées au Québec que partout ailleurs au Canada là, mais ça n'a pas été dans la tradition de recherche actuellement d'investir dans ce secteur. Le Dr Boyle, qui est plus proche du sujet, peut ajouter?

**M. Boyle (Pierre):** En effet, si on tente de cerner le domaine en incluant toute la recherche qui implique de près ou de loin les médicaments, c'est un champ très large à définir. On peut prendre, par contre, un certain nombre d'indications, la recherche clinique par exemple. Donc, l'application au patient représente une petite partie à la fois de la tarte financière, de la tarte d'activités en recherche au Québec comme ailleurs, certainement pas plus que 20 %. Et une partie seulement de cet effort-là implique de façon directe des thérapies nouvelles ou existantes.

Notre préoccupation, comme vous l'avez certainement senti, Mme la ministre, est centrée autour de l'utilisation optimale des médicaments. Puis là on a vraiment une situation, à notre avis, d'opportunité manquée, parce que nous disposons, d'une part, d'un certain nombre d'experts au Québec, probablement plus concentrés ici qu'ailleurs, qui ont un intérêt manifeste pour ces questions-là, qui sont déjà constitués en réseau et qui, dans le fond, ont une insuffisance de moyens pour s'attaquer à des problématiques qui sont majeures. Le coût d'évaluation d'une intervention à plusieurs intervenants — le genre d'intervention auquel le Dr Bureau faisait référence tantôt, cette triade qui en implique beaucoup plus parfois, des infirmières, ainsi de suite — le coût d'évaluer ces interventions-là est assez élevé. Et, donc, il est important de bien choisir nos cibles, mais aussi ultérieurement de disposer des moyens suffisants pour les supporter.

Présentement, au 1 500 000 \$ auquel on faisait référence, il me vient tout de suite à l'esprit deux expériences, une en cours et une récente, où des chercheurs de notre réseau ont été mis à contribution pour évaluer une intervention chez plusieurs professionnels dans plusieurs milieux. Dans un cas, au niveau de la gestion de certaines pathologies, comme l'asthme, par exemple, ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le coût d'une seule évaluation représente une partie importante du genre de budget dont on parlait tantôt. Présentement, ces évaluations-là sont davantage supportées par le secteur privé.

**Mme Marois:** D'accord. Toujours dans la même ligne, cependant, ce que vous me dites, c'est qu'il y a des professionnels tout à fait intéressés par ce type d'analyse, ce type de recherche qui évidemment ne porte pas sur la molécule, mais sur sa bonne utilisation, sur tout ce qui l'entoure. Donc, vous dites: Oui, il y a des équipes ou des chercheurs intéressés par de telles perspectives et c'est une

question à ce moment-là de ressources. C'est bien ça que vous nous dites?

**M. Bureau (Michel A.):** C'est exact. Le FRSQ, comme vous le savez, a 13 réseaux actifs dont l'un, le titre, c'est *L'usage approprié du médicament*, un réseau de chercheurs entre les universités dont le Dr Grégoire fait partie. Peut-être que vous voulez en dire un mot.

**M. Grégoire (Jean-Pierre):** Oui: Bien, c'est un réseau qui regroupe une quarantaine de chercheurs dans différentes institutions, principalement l'Université McGill, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Université Laval. Je suis membre du comité directeur. Le réseau, c'est un petit réseau FRSQ, il faut le dire, mais il s'est développé, dans le cadre de ce réseau-là, des expertises assez intéressantes. Et, quand on assiste aux forums internationaux dans ce secteur-là, les chercheurs québécois y font toujours bonne figure. Alors, il y a déjà une expertise en place.

● (16 heures) ●

**Mme Marois:** Intéressante et, donc, qui pourrait être appuyée.

Une autre question que vous abordez d'entrée de jeu dans votre mémoire, vous dites: «Nous souscrivons à l'idée de revoir le rôle du Conseil consultatif de pharmacologie [...] et le rôle du Comité de revue d'utilisation du médicament[...]. La proposition d'intégrer leurs fonctions en un Comité Consultatif du Médicament [...] semble une voie prometteuse.» Parce qu'il y en a d'autres qui ont certaines objections, qui nous disent: Bon, bien, ça mettrait peut-être les gens en conflit d'intérêts ou autre. Vous, vous voyez ça plutôt d'un bon oeil. Est-ce que vous avez un peu réfléchi plus avant sur cette question?

**M. Bureau (Michel A.):** On n'a pas réfléchi... Nous ne connaissons pas la structure interne de l'organisation et on n'en a pas le vécu historique. Il nous est apparu cependant que la fonction que fait le CRUM actuellement ne doit pas être perdue dans cette intégration, elle doit être retrouvée.

**Mme Marois:** D'accord.

**M. Bureau (Michel A.):** On n'avait pas la crainte de voir l'ingérence et le conflit d'intérêts que certains ont soulignés, mais j'ai une réserve là-dessus.

**Mme Marois:** D'accord. Une autre question: Comment concrètement devrait se faire l'information — ou la formation, mais surtout l'information — aux médecins sur les nouveaux médicaments? Et je l'ai abordée, cette question-là, avec tous les autres qui sont représentants des groupes qui sont venus là, à peu près. Compte tenu qu'actuellement, lorsqu'il arrive de nouvelles molécules sur le marché, qu'on en fait l'évaluation, qu'on les inscrit à la liste ou même avant de les inscrire, il y a souvent une promotion qui est faite par l'industrie pharmaceutique, est-ce que vous croyez qu'on devrait encadrer ce processus,

poser un certain nombre d'exigences quant à la formation continue, elle-même, des médecins?

**M. Bureau (Michel A.):** Ce sujet-là est bien difficile, et je ne peux pas dire que la manière dont la profession médicale apprend l'arrivée de ces nouvelles molécules est la meilleure. Et, dans mes fonctions antérieures, j'étais doyen de médecine à Sherbrooke et je me souviens de ce problème d'éducation. Le médecin est formé, il est formé ensuite comme spécialiste ou comme médecin de famille, il s'en va sur... Dans le cadre de sa profession, il y a une certaine éducation continue, puis il arrive une pléthore de nouvelles molécules, certaines extraordinaires, d'autres équivalentes à celles qui existent déjà. Et il n'y a pas de mécanisme important, organisé pour s'adresser à cette question, et c'est ce que nous soulevons par le biais, dans notre intervention... Nous ne sommes jamais, dans l'éducation médicale, centrés sur le bon usage du médicament... et de cette triade qui est beaucoup plus grande que le patient, le pharmacien et le médecin — il y a tous les autres professionnels de la santé alentour de ça — et d'aborder de façon critique l'arrivée d'une nouvelle thérapie médicamenteuse.

On voit des flots de succès, et, d'habitude, ils sont dans des cliniques spécialisées. Pierre Boyle faisait tout à l'heure allusion à celle de l'asthme. C'est un bon modèle. L'industrie qui y a contribué est très fière de le mettre sur la table, puis chapeau bas. Mais ça existait, ce genre de thérapie, depuis assez longtemps. Il y en a pour la fibrose kystique par exemple, des cliniques qui sont soutenues par le système public ce coup-là où, là, un petit noyau de professionnels s'adresse aux nouvelles thérapies d'une façon collégiale et critique avant de vraiment en faire un usage massif. Là-dessus, l'organisation de l'éducation médicale est faible et elle est fragile aussi.

**Mme Marois:** D'accord. Je pense que ça ouvre des horizons quand même, ça nous permet de cerner un peu mieux cette réalité-là. Ça va, M. le Président, pour l'instant.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, Mme la ministre. M. le député de Vaudreuil.

**M. Marcoux:** Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Dr Bureau, Dr Boyle, Dr Grégoire, et on vous remercie de votre présentation et de votre mémoire.

J'aurais quelques questions. Vous parlez, à la page 5 de votre mémoire, du «coût de délinquance dans la prise de médicament» évidemment qui s'inscrit dans la nécessité d'avoir des systèmes qui nous permettent de bien évaluer l'utilisation du médicament. Mais, en ce qui a trait aux coûts que vous indiquez dans votre mémoire quand vous faites référence aux États-Unis, au Canada et au Québec — bien sûr, les montants sont différents, les volumes sont différents — est-ce que la situation au Québec, selon vous, se compare avec ce qui existe aux États-Unis et au Canada ou si c'est mieux au Québec, il y a moins de délinquance

qu'il y en a ailleurs au Canada ou aux États-Unis? Est-ce que vous avez une opinion là-dessus?

**M. Bureau (Michel A.):** Je n'ai pas d'indices valables pour asseoir une opinion. Si on se reflète en général à l'organisation du système de santé du Québec, la perspective que des gens d'ailleurs en ont, c'est que c'est un système qui, malgré tous ses défauts et ses difficultés, a de très, très hauts standards de qualité. Ma tendance serait de croire que ce problème est moindre ici qu'ailleurs, mais c'est ma tendance personnelle.

**M. Marcoux:** Mais vous n'avez pas d'éléments qui vous permettent de porter vraiment un jugement à cet égard-là?

**M. Bureau (Michel A.):** Non. Jean-Pierre?

**M. Grégoire (Jean-Pierre):** M. le député de Vaudreuil, je pense que c'est un problème des sociétés civilisées. C'est difficile à quantifier, parce que je ne pense pas qu'il y ait eu d'étude qui se soit attardée à faire une comparaison de ce qui se passe ailleurs. Ce que le Dr Bureau soulignait, c'est qu'ici il y a peut-être une proportion plus importante des gens qui ont accès à ces traitements-là si on compare à la société américaine qui est plus au sud que la nôtre. Mais, parmi ceux qui y ont accès, il y a des problèmes d'utilisation qui sont équivalents — du moins, c'est notre perception comme scientifiques — aux problèmes qui sont vécus par nos voisins du Sud aussi. Alors, on n'est pas champions, ni d'un côté ni de l'autre, à cet égard-là. Il y a des problèmes.

Mais, quand on parle de délinquance — c'est peut-être un terme qui est péjoratif ici — c'est des problèmes d'utilisation ou de déviance par rapport à ce qui serait souhaitable. C'est peut-être un terme un peu fort qu'on utilise pour l'illustrer, mais c'est des problèmes d'utilisation qui sont sûrement importants, auxquels il faut s'intéresser.

**M. Marcoux:** Je pense qu'il y a beaucoup de groupes, là, qui nous ont parlé de l'importance de revoir l'utilisation des médicaments pour une meilleure efficacité sur le plan du coût et évidemment pour les patients aussi. Il semble par ailleurs qu'il y a souvent des problèmes de financement. Vous parlez beaucoup de ressources évidemment additionnelles dans votre mémoire. Présentement, il existe le Comité de revue des médicaments, il y a également le Réseau de revue des médicaments. Même pour les organismes qui existent ou les activités actuelles, on dit: Bien, il y a déjà présentement un problème de financement, et même on parle de précarité pour ce qui est du Réseau de revue des médicaments.

Donc, ce que vous dites, c'est que, si je comprends, pour vraiment mettre en place un système qui soit plus efficace, il faut des ressources financières additionnelles. Et vous faites une évaluation au début de votre mémoire. Vous dites: On devrait y consacrer une somme qui équivaut à peu près à 1 % du coût du programme d'assurance

médicaments. Comment vous établissez ce 1 %? Ça pourrait être 2 %, ça pourrait être 3 %, ça pourrait être 1,5 %. Pourquoi vous arrivez à ce chiffre-là?

• Et l'autre question. Vous mentionnez que ça permettrait d'épargner des dizaines de millions. Sur quoi également vous vous basez pour affirmer ça? Est-ce que vous pouvez faire des comparaisons avec des projets qui ont été faits ailleurs et qui vous permettent de faire cet énoncé-là?

**M. Bureau (Michel A.):** Je ferai un commentaire général et je laisserai mon collègue le Dr Boyle ajouter. Je vais rappeler quelque chose que nous connaissons bien: l'histoire de la chirurgie. La chirurgie a bien encadré ses interventions. Il y a des raisons pour lesquelles on fait une chirurgie, il y a des critères, il y a un protocole opératoire. Puis, quand le patient quitte la salle d'opération, il y a un protocole de sortie, il y a la mesure du nombre de complications et la surveillance dans l'hôpital de tout ça. Avec ces régimes, on arrive à éviter les interventions qui n'auraient pas été absolument essentielles, on simplifie les protocoles opératoires, on diminue les complications. Quand on voit qu'un chirurgien a trop de complications, oups! on regarde qu'est-ce qui se passe dans ce secteur-là, trop de complications infectieuses ou autres.

• (16 h 10) •

Penser qu'on peut prescrire des médicaments sans surveiller ce qui y arrive, l'usage correct, l'usage abusif, le sous-usage, le sur-usage, dépister les conséquences physiologiques, les effets secondaires... On ne peut pas avoir une thérapie optimale sans instituer ce genre de système. Nous sommes rentrés, dans les dernières décades, dans une nouvelle ère de thérapie, on n'en voit que le début. Si vous voyez ce que la génétique va amener à la thérapie médicamenteuse, si vous êtes capable de percevoir cela, il faut s'attaquer dès maintenant au contrôle de la qualité de l'intervention, pareil comme on l'a fait pour la chirurgie. J'ai simplifié, là, en prenant l'image de la chirurgie. Et nous arrivons à dire qu'un seuil de départ... Et c'est un chiffre — vous avez raison d'y faire allusion — qui vient un peu de nulle part, sauf que les sociétés médicales qui en font l'analyse arrivent à dire qu'avec 1,5 % on est capable de contrôler la qualité d'un régime. Il y a des expériences en Angleterre dans ce secteur. Pierre, voudrais-tu... Dr Boyle, voulez-vous ajouter là-dessus?

**M. Boyle (Pierre):** Le National Health Service en Angleterre s'est donné comme politique il y a déjà quel ques années — puis je pense que c'est largement connu — de réinvestir 1,5 % — c'était 1 %, mais la réalité aujourd'hui, semble-t-il, est 1,5 % — des ressources consacrées au service de santé dans le développement des connaissances à la fois biomédicales et des connaissances sur l'efficacité des services. Cette pratique-là qui a été amorcée il y a cinq ou six ans fait un peu école et est en train d'être adoptée comme une espèce de principe. Il n'y a pas de formule magique, c'est-u 1,5 %, 1 %, 2 %? Mais le principe que le développement des connaissances doit

faire... Le réinvestissement d'une partie des dépenses dans le développement des connaissances pour appuyer la prise de décisions dans un programme et pour améliorer les chances de succès d'un programme, c'est quelque chose qu'on revoit de plus en plus souvent. La commission Krever y faisait référence dans son rapport, et ça a été relevé à la fois par le ministère de la Santé et des Services sociaux et Héma-Québec qui réinvestit maintenant une partie de... Et ça, c'est tout à fait dans la bonne direction. Si on veut mieux connaître les problématiques auxquelles nous sommes confrontés... Et les problèmes d'utilisation inappropriée de médicaments sont, dans une certaine mesure, dus à des facteurs populationnels, mais souvent qui varient d'une pathologie à une autre ou d'un type de clientèle à un autre. Donc, il est important de comprendre les phénomènes en cause, les facteurs en cause dans l'utilisation inappropriée.

Je vous dirais qu'il est difficile de voir ce type d'intervention en dehors des créneaux prometteurs qui se dessinent depuis quelque temps des approches de gestion optimale de la maladie. Et ceci implique que, pour des pathologies aussi courantes que l'asthme, le diabète ou l'hypertension, on inscrit la préoccupation de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse dans un plus large continuum. On sait qu'il y a une proportion importante de patients souffrant d'hypertension qui sont non diagnostiqués ou mal diagnostiqués. C'est le cas pour le diabète, c'est le cas pour l'asthme, c'est le cas pour d'autres pathologies très, très courantes, très répandues. On ne peut pas espérer qu'une thérapie médicamenteuse ait l'impact réel voulu dans la collectivité si l'ensemble des conditions sur le diagnostic, le traitement, le suivi et la fidélité au traitement de la part du patient ne sont pas en place. Et les expériences récentes dont les résultats préliminaires ont été portés à notre attention suggèrent qu'il y a là des pistes intéressantes aussi d'économies dans le sens de diminution de recours à l'utilisation de la salle d'urgence, à l'hospitalisation et à la fréquentation des professionnels.

**Le Président (M. Beaumier):** M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le Président. Merci au Fonds de recherche en santé du Québec pour votre présentation. C'est toujours intéressant d'avoir la participation du Fonds. Et je voudrais profiter de votre passage ici pour vous demander une question pour m'aider à comprendre le gouvernement parce que je ne comprends rien un peu avec la politique que j'ai vue de ce gouvernement en santé et particulièrement dans le dossier des médicaments.

Nous avons vu — et vous avez parlé de ça un peu — tout le problème de la mauvaise utilisation des médicaments — sous ou sur. Si ma mémoire est bonne, un rapport a été publié en 1994; ce n'est pas un nouveau problème que nous avons juste découvert. Peut-être, le gouvernement a juste découvert ça là, mais tout le monde en parlait depuis 1994 au moins, et peut-être avant ça aussi. En 1997, ils ont eu une politique des médicaments:

rien ne bouge. Ils ont décidé, dans les pistes que j'appelle pistes pour passer des taxes déguisées, les sept scénarios. Ils ont trouvé la chose la plus simpliste, la plus abusive, la plus paresseuse dans mon opinion: ils augmentent encore les primes ou le copaiement, le pourcentage.

Vous avez clairement dit dans votre document que la piste suivie, c'est de contrôler la qualité d'intervention, de contrôler la bonne utilisation des médicaments, et vous avez chiffré ça à plus ou moins 1 000 000 000 \$ de coûts directs et indirects. Il me semble que c'est aussi évident que... J'ai de la misère à comprendre pourquoi le gouvernement arrive aujourd'hui... Sa façon de corriger les problèmes, c'est encore d'augmenter le coût pour les contribuables, pour les patients, pour les malades, et je comprends mal ça. Incluant le rapport Tamblyn — et je comprends que la ministre pense qu'elle est la seule qui peut interpréter comme il faut — tout le monde dit que c'est ce qui a causé des problèmes.

Je voudrais vraiment comprendre, selon vous, comme directeurs du Fonds de recherche en santé du Québec, pourquoi le gouvernement n'a pas embarqué sur une vraie piste de solution: l'utilisation rationnelle des médicaments. Et je trouve ça bizarre que nous ayons besoin de plaider maintenant qu'il doit protéger un peu plus d'argent. Je pense que c'est aussi évident que ça va être une piste de solution. Et je voudrais avoir... Selon vous, pourquoi le gouvernement est aussi lent que ça?

**M. Bureau (Michel A.):** Il est difficile de voir pourquoi, dans le monde occidental, la dernière injection que les gouvernements — américain, canadien, européen et québécois — font dans l'établissement d'un régime, c'est de mettre en place un système d'évaluation. Mais je dois dire que, pour nous du monde de la recherche, d'habitude, la recherche arrive après qu'on constate qu'un problème a besoin d'amélioration, bien là, on injecte pour dire pourquoi il y a besoin d'amélioration puis sans... Il faut rendre à César ce qui appartient à César, le Québec est la province exemplaire et citée par toutes les autres provinces du Canada pour la qualité de son organisation de la recherche médicale. Bien sûr qu'on pense qu'il y a à investir davantage en recherche médicale, et en particulier dans ce secteur, parce qu'il est très coûteux. Le Québec n'est pas en arrière des autres, il sert plutôt d'exemple. Il y a beaucoup à faire encore, je suis d'accord avec vous.

**M. Boyle (Pierre):** Si vous me permettez, M. le député, j'ajouterais que le ministère de la Santé du Québec a été de loin le premier au Canada à se soucier d'évaluation de ses politiques et de ses programmes et à instaurer une Direction d'évaluation il y a déjà plusieurs années, et j'y ai été pendant un certain temps. Quand on va ailleurs au Canada, le Québec est cité en exemple comme un ministère de la Santé qui a un souci particulier d'évaluation de ses programmes et de ses politiques. Et donc les difficultés que nous soulevons sont des difficultés inhérentes à la complexité de ce type de programmes, mais qu'on constate partout. Nous avons l'impression que le Québec est mieux positionné pour relever ce défi-là

que la majorité des autres juridictions qui nous entourent.

**M. Williams:** Merci pour votre réponse. Il me semble qu'on doit aussi être franc que c'est assez paradoxal d'avoir des chercheurs étrangers ici au Québec à qui on doit donner un congé fiscal pour cinq ans, là. Avec ça, je ne sais pas si c'est aussi un paradis que ça, et on doit certainement peut-être évaluer toutes ces questions de comment nous allons encourager la recherche.

Je voudrais juste, comme une équipe bien reconnue comme de haute qualité de chercheurs, avoir votre opinion sur la protection de la propriété intellectuelle que nous avons au Québec. Qu'est-ce que vous pensez de ça en comparaison pas nécessairement avec le reste du Canada, mais mondialement? Et est-ce que nous avons besoin d'aller plus loin ou, d'une autre façon, d'assurer que... Parce que vous êtes trois chercheurs, toute la protection de la propriété intellectuelle, c'est une chose assez importante. Comment on peut mieux protéger ça? Pas juste protéger votre recherche, parce que j'ai toujours pris comme acquis que votre recherche, c'est pour avancer les soins de la population et, sans bonne recherche, nous n'allons pas avoir les bons soins. Avec ça, je voudrais avoir vos commentaires sur ça.

**M. Bureau (Michel A.):** On espérait ne pas avoir cette question.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** Est-ce que c'est vraiment une surprise que je demande ça?

● (16 h 20) ●

**M. Bureau (Michel A.):** Ce n'est pas une surprise. C'est un sujet bien délicat. Pour nous, nous le voyons du côté de la propriété d'une idée, d'un produit et de la capacité de l'exploiter raisonnablement, et de recouvrer ces dépenses, et de faire quelques bénéfices avec.

Quand on parle de propriété intellectuelle, on pense à l'industrie pharmaceutique, et c'est peut-être le réflexe, mais nous, ce n'est pas notre réflexe. Notre réflexe, c'est quand vous nous posez la question: Les chercheurs de la Faculté de génie de Polytechnique, à Montréal, les chercheurs de génie médical de l'Université de Sherbrooke, les chercheurs de Bombardier, ceux qui ont le copyright de leurs écrits, est-ce qu'on veut protéger ça? si on veut protéger ça, la protection du savoir par les brevets est essentielle.

Au Québec, ça a un impact qui est différent parce que 46 % ou 45 % de l'industrie pharmaceutique est au Québec, et, traditionnellement, la province a favorisé une économie basée sur l'innovation. Alors là ça devient délicat. D'un côté, le médicament qui a coûté 500 000 000 \$ à 1 000 000 000 \$ à l'industrie pour être inventé est protégé, le savoir est protégé pendant un temps qui est valable, qui n'est ici pas plus long qu'ailleurs, pas du tout, peut-être un petit peu plus court. Alors, nous abordons, nous, cette question-là sur: Est-ce que celui qui fait une invention peut

la protéger raisonnablement? Et c'est sûr que, pris du point de vue de la recherche, nous sommes favorables à la protection des découvertes des Québécois.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci. Mme la ministre.

**Mme Marois:** Oui. Brièvement, une dernière question, M. le Président, parce qu'on aborde aussi, bon, cette protection des brevets qui s'applique de toute façon et devrait s'appliquer à l'ensemble de notre production intellectuelle, dans ce sens-là, novatrice. En même temps évidemment actuellement notre industrie pharmaceutique bénéficie d'un certain nombre d'avantages parce qu'elle oeuvre ici, notre industrie pharmaceutique en général et, en particulier, les entreprises qui contribuent à la découverte de nouveaux produits.

Par ailleurs, vous suggérez ici, dans votre mémoire — et ce serait peut-être une façon de contribuer autrement, si on veut, au progrès de la science au Québec, comme on en retire certains avantages aussi lorsqu'on y oeuvre comme compagnie pharmaceutique — on dit, et c'est votre dernier paragraphe: «Nous sommes d'avis qu'étant donné les enjeux du programme d'assurance médicaments pour le gouvernement du Québec, pour la collectivité, pour l'industrie ainsi que pour les corporations professionnelles, le financement adéquat des activités de recherche appliquées requises pour soutenir ce programme — on faisait référence évidemment à l'ensemble des coûts et aussi à l'utilisation du médicament — pourrait être envisagé sur une base de partenariat entre l'État, l'industrie et les corporations professionnelles et les organismes subventionnaires à la recherche.»

Est-ce que vous pensez qu'il serait possible — et comment devrions-nous le faire à ce moment-là? — quand même de ne pas se retrouver dans une situation où l'industrie voudrait contrôler certains des aspects des recherches ainsi entreprises?

**M. Bureau (Michel A.):** Cette question a comme réponse dans le savoir-faire de ce partenariat, et je comprends la délicatesse de la question. Nous pensons que c'est possible et nous avons déjà des pistes, et je demanderai au Dr Boyle d'élaborer un peu sur ce sujet. Il est en train, avec des partenaires industriels, de mettre au point une organisation qui nous apparaît très utile. Pierre.

**M. Boyle (Pierre):** L'idée d'un fonds de partenariat, ou on peut lui donner le nom qu'on voudra, tient à un certain nombre de principes. D'une part, qu'il y a des besoins communs. Le gouvernement a besoin des assises scientifiques valables pour appuyer les décisions. Par exemple, quant à l'inscription d'un nouveau médicament, il se retrouve souvent dans une situation d'avoir à prendre des décisions sur une base scientifique ou une base informationnelle insuffisante. L'entreprise, à ce moment-là, tente d'exercer des pressions pour que, malgré l'insuffisance d'information, on puisse procéder à une décision d'inscription, et donc, les besoins sont les mêmes, même

si les intérêts sont divergents. Il ne nous apparaît pas incompatible qu'un programme national de recherche sur l'efficacité et sur l'utilisation optimale des médicaments puisse concilier des objectifs ou des besoins semblables malgré le fait que ces besoins puissent répondre à des intérêts différents.

Nous avons eu l'expérience récente d'une situation où des intérêts à la fois publics et privés sont centrés sur l'évaluation d'une intervention. À partir du moment où les partenaires s'entendent sur la façon de faire et se sentent liés par les résultats, compte tenu de la qualité de la recherche qui est faite, nous pensons qu'il est réaliste de croire que des consensus puissent se dégager sur comment l'un et l'autre vivent avec les résultats de telles études.

Évidemment, c'est un peu délicat, la question de comment on choisit par exemple. Bon. La tendance, dans le domaine de la recherche appliquée, qu'il s'agisse, par exemple, d'engorgement des salles d'urgence, qu'il s'agisse de l'efficacité de notre nouvelle façon de gérer les traumatismes majeurs, va dans le sens de plus en plus de programmes de recherche et non de projets de recherche où des partenaires — c'est un peu l'idée derrière cette proposition — pourraient s'entendre sur un certain nombre d'objectifs ou de thématiques majeures qu'un tel programme pourrait adresser sur une période de temps définie. Au bout de quatre ans, ou cinq ans, ou trois ans, et si nous étions partenaires d'une telle initiative, nous nous y conformerions, on pourrait penser que, si les partenaires sont insatisfaits du résultat des investissements, il y aurait lieu de revoir l'initiative, de recibler les objectifs, s'il y a lieu, ou de convenir de façons de faire qui sont différentes.

**Mme Marois:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, M. Bureau ainsi que M. Boyle et vos collègues. Alors, j'inviterais à la table le Conseil du patronat du Québec.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, je salue M. Taillon... Non, pardon? Alors, j'avais ici M. Taillon qui devait se joindre à nous. Alors, c'est M. Garon, et M. Garon, vous êtes accompagné de monsieur...

**Conseil du patronat du Québec (CPQ)**

**M. Garon (Jacques):** De M. Francis Lafrance, M. le Président, qui est associé senior chez Watson Wyatt. Je dois m'excuser auprès du président du Conseil du patronat qui devait absolument être présent, mais, apparemment, il est retenu par le premier ministre à un huis clos.

**Le Président (M. Beaumier):** Oui. Alors, on ne le dira pas, si c'est un huis clos. Allons-y. Vous avez 15 minutes, M. Garon.

**M. Garon (Jacques):** Je vous remercie, je vais simplement résumer pour l'essentiel le contenu de notre

petit mémoire. Nous vous remercions d'abord de nous avoir convoqués à cette réunion. Je dois vous assurer que nous y participons d'autant plus volontiers que nous étions là, il y a un peu plus de trois ans, quand l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux nous avait convoqués pour la mise en place du régime actuel.

Alors, nos commentaires porteront essentiellement sur l'évaluation du régime et les scénarios de financement proposés pour fins de discussion par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

● (16 h 30) ●

D'abord, l'évaluation. Très brièvement, de façon générale, nous pensons, et ça a été réaffirmé par l'évaluation et par un certain nombre d'intervenants, que le régime d'assurance médicaments mis en oeuvre il y a trois ans a atteint sinon la plupart, en tout cas, un bon nombre de ses objectifs.

Il est tout de même remarquable de constater que tous les citoyens du Québec bénéficient d'une couverture de leurs dépenses de médicaments, puisque 4 500 000 d'entre eux sont couverts par des polices d'assurance collective privées. À ce titre, l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux affirme que le partage public-privé du régime fonctionne bien. Les assureurs privés collaborent au bon fonctionnement du régime et la mise en place d'un système de mutualisation des dépenses de médicaments garantit aux régimes collectifs qui ont peu de participants une couverture satisfaisante sans avoir à encourir des primes plus onéreuses.

Là où le bât blesse, c'est que l'établissement de la contribution des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, telle qu'établie en 1996, n'est pas en mesure d'assurer l'autofinancement du régime. De plus, les particularités du régime rendent le contrôle des coûts moins évident dans les régimes privés. Les assureurs n'ont aucun contrôle sur les coûts des médicaments. Et, comme le dit le rapport d'évaluation, «les initiatives de contrôle de coûts reposent donc presque entièrement sur le gouvernement».

Par ailleurs, une comparaison interprovinciale et internationale, entre 1985 et 1997, présentée dans le rapport d'évaluation, révèle, sur une base de dépenses per capita, que c'est au Québec que l'augmentation annuelle moyenne des dépenses a été la plus élevée, 8,5 % versus 7,3 % pour la moyenne canadienne et 7,1 % pour la moyenne d'une dizaine de pays, incluant les États-Unis. Nous n'avons pas d'explications précises à ce phénomène. Est-ce que — et nous posons la question — nous avons un régime plus libéral que dans la plupart des autres pays?

Bref, la croissance rapide des coûts est l'un des principaux risques qui menacent la viabilité du régime. L'évaluation du régime met en évidence qu'entre 1997 et 1999 les dépenses de médicaments, tant dans la partie publique que privée, ont augmenté à un rythme annuel d'environ 15 %. À cette cadence, les dépenses de médicaments doubleront en moins de cinq ans. Il est évident que l'utilisation de nouveaux médicaments, meilleurs et plus chers, prescrits par les médecins, le vieillissement de la population et d'autres facteurs comme le virage

ambulatoire continueront à exercer des pressions à la hausse sur les coûts au cours des prochaines années. Il est tout aussi évident que les revenus de l'État n'augmenteront pas aussi rapidement.

Enfin, l'inflation des prix dans notre système de santé en général et les déficits prévisibles se heurtent à des contribuables de moins en moins enclins à voir augmenter leur fardeau fiscal direct ou indirect, surtout lorsqu'ils sont déjà les plus taxés en Amérique du Nord, comme se plaît à le répéter le ministre des Finances, de sorte que le financement des dépenses de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance emploi au moyen du fonds consolidé a ses limites dans un contexte où le gouvernement s'est engagé à réduire l'impôt des particuliers. Il ne reste que le recours à une plus grande contribution des usagers, que l'on nomme des adhérents, c'est-à-dire environ 1 500 000 personnes qui n'ont pas accès à un régime collectif privé d'assurance, tout en conservant une exonération totale ou partielle pour les personnes les moins nanties, ce qui exclut, à notre avis, la possibilité d'un régime universel privé pour les adhérents, ou étatique, ou d'un régime d'assurance catastrophe. Alors, quelques remarques, pour l'essentiel, sur ces trois éléments.

Est-ce qu'on peut établir un régime entièrement privatisé pour les adhérents? Selon ce scénario, les assureurs privés couvriraient les 1 500 000 adhérents du régime public d'assurance médicaments couverts par la RAMQ. Une aide financière du gouvernement, selon ce scénario, serait prévue pour toutes les personnes à faibles revenus qui seraient assurées par des assureurs privés. Or, les dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques pour ces nouveaux assurés, c'est-à-dire les adhérents, sont actuellement financées par le Fonds de l'assurance médicaments, lequel, de par la loi, doit s'autofinancer. Par conséquent, une aide financière du gouvernement n'aiderait d'aucune façon à l'autofinancement du régime et ne ferait rien pour résoudre à terme l'inflation des dépenses gouvernementales. En fait, nous pensons qu'il doit y avoir une démarcation entre une assurance basée sur un système de risques et de primes et des subventions financées par des crédits d'impôt. Qui plus est, les assureurs privés auraient l'obligation d'assurer toute personne, sans égard aux risques liés à la couverture minimale, et cette obligation impliquerait également de ne pas moduler les primes en fonction des risques, autant d'obligations qui sont, selon nous, garantes d'un sous-financement général ou d'une augmentation inacceptable des primes payées actuellement par les personnes assurées par des régimes collectifs privés.

Est-ce qu'on pourrait étatiser entièrement le régime? Tout comme nous l'avons fait valoir en commission parlementaire, en 1996, nous réitérons que la nationalisation de l'assurance médicaments aurait des effets pervers majeurs non seulement pour le secteur des assureurs privés, mais pour l'économie en général. Les assureurs qui ont contribué à mettre en place le régime public-privé actuel ont investi beaucoup de ressources pour monter des systèmes informatiques efficaces et former leurs employés.

L'étatisation entraînerait donc un affaiblissement considérable de ce secteur économique important au Québec, sans compter des pertes d'emplois possibles. Par ailleurs, il y a un paradoxe entre proposer l'étatisation et en même temps affirmer que le régime mixte public-privé fonctionne relativement bien, selon le rapport d'évaluation.

Quant à la référence à une mesure complémentaire à la page 38 des *Pistes de révision*, elle demande d'être élaborée de façon beaucoup plus explicite, car cette mesure, telle qu'énoncée, ressemble beaucoup plus à un transfert des coûts actuellement assumés pour certains adhérents par le régime public vers le régime privé, c'est-à-dire une taxe déguisée, ou à une augmentation des primes versées par les cotisants aux régimes collectifs privés, ce qui revient à peu près au même. De plus, au nom de quelle équité viendrait-on alourdir le fardeau de ces adhérents en les obligeant à participer à des régimes collectifs privés, adhérents qui seraient assujettis, par surcroît, à la taxe de vente de 9 %, plus l'impôt sur la contribution versée par leur employeur?

Comment serait financé un régime étatique? Par des contributions des employés et des employeurs? De là à instaurer une autre taxe sur la masse salariale, il n'y a qu'un pas, alors que le Québec se démarque déjà, à ce titre, avec un niveau de taxes sur la masse salariale excessif, devenu une véritable taxe sur l'emploi.

Bref, pour toutes ces raisons, M. le Président, nous rejetons toute idée de nationalisation du régime d'assurance médicaments du Québec.

Est-ce qu'on pourrait envisager un régime d'assurance du type catastrophe? Bien, étant donné que la plupart des adhérents, qu'ils soient des personnes seules ou des couples, sont des contribuables dont les revenus ne sont pas très élevés en général, le gouvernement risquerait de nouveau d'être confronté à la même problématique à laquelle il a dû faire face lorsqu'on a constaté que les gens à faibles revenus sous-consommaient les médicaments prescrits par leur médecin. Le résultat est que bon nombre de ces personnes se sont retrouvées dans les hôpitaux, ce qui a fini par coûter plus cher au gouvernement. Le gouvernement a donc apporté des corrections au régime, en juin 1999, pour exonérer de toute contribution les prestataires d'assistance emploi jugés inaptes à l'emploi. C'était donc le compromis nécessaire pour éviter une surconsommation des médicaments tout en ne mettant pas d'obstacles à l'accessibilité aux médicaments essentiels pour les moins nantis.

Le CPQ favorise le maintien d'un régime d'assurance médicaments public-privé. Le rapport d'évaluation le dit clairement: «Sur le plan du partage public-privé, le régime fonctionne bien. Les assureurs privés respectent les obligations créées par la loi, collaborent au bon fonctionnement du régime et sont globalement satisfaits de l'arrangement mis en place.» En somme, le régime implanté en 1996 n'a fait que reconnaître officiellement, pour les adhérents au régime privé, ce que les assureurs offraient déjà pour les deux tiers de la population. Il est clair que ce régime s'est avéré un apport majeur à une plus grande accessibilité et une meilleure équité dans la couverture de

médicaments, tout en institutionnalisant des responsabilités entre les secteurs public et privé. Il n'en demeure pas moins que le problème du financement du régime public demeure et que le dilemme efficacité-équité est difficile à résoudre pour le gouvernement, nous en convenons. Car il faut reconnaître que, pour le régime privé, l'augmentation rapide du prix des médicaments et de ses usagers, selon certains groupes d'âge, a fait en sorte que les primes ont été ajustées en conséquence. Cette logique de financement peut-elle être appliquée aux 3 000 000 de personnes assujetties au régime public?

Le gouvernement a-t-il le choix de ne pas augmenter les contributions au régime général d'assurance médicaments? Soyons clairs. Les déficits estimés au régime général d'assurance médicaments, pour l'essentiel, tirent leur origine dans l'établissement d'un système de primes et de coassurance que tous les intervenants du secteur privé, en 1996, ont jugé trop bas pour que le régime puisse s'autofinancer. Qui plus est, devant l'augmentation prévisible de l'inflation des coûts et de la quantité de nouveaux médicaments prescrits ainsi que du vieillissement de la population, il aurait fallu établir non seulement des primes de base plus élevées et indexées à la composante des coûts des soins de santé de l'indice des prix à la consommation, mais également des révisions annuelles. C'est la seule façon d'établir la viabilité du régime public, car, dans le cas contraire, le financement adéquat du régime public pourrait être compromis advenant, par exemple, une récession par l'augmentation du nombre de chômeurs et de prestataires de la sécurité du revenu. Par conséquent, les contributions au régime général devront augmenter en fonction de l'évolution des clientèles, de l'augmentation de l'utilisation et de l'introduction de nouveaux médicaments sur le marché, tout en assurant la plus grande équité possible du système.

• (16 h 40) •

Alors, on nous demande quel scénario choisir. Le scénario 2 proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous semble-t-il, est celui qui, tout en rétablissant l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments en 2000-2001, conserve le mécanisme d'exemption totale ou partielle pour les moins nantis, sans augmentation excessive pour les adhérents, et donc prévient, on l'espère, la sous-consommation de médicaments essentiels. D'ailleurs, dans ce scénario, selon l'évaluation, dans le cas des personnes seules aussi bien que des couples sans enfants, au total, moins de la moitié des personnes devraient payer les primes maximales, selon les estimations du ministère. Ce régime pourrait s'autofinancer si, comme nous l'avons suggéré précédemment, le financement était réévalué à tous les ans pour tenir compte de l'augmentation des dépenses et indexé à l'augmentation des prix.

En conclusion, M. le Président, il est impératif, tant pour le régime public que pour les régimes privés, de maîtriser le plus possible les coûts dans une perspective de couverture universelle. S'étant assuré que l'accessibilité à une couverture d'assurance médicaments soit offerte à tous les citoyens, un financement adéquat est nécessaire pour assurer la pérennité des régimes.

En ce qui nous concerne, le recours à des changements structurels fondamentaux tels que la privatisation ou l'étatisation complète du régime ne sont pas la réponse aux problèmes de financement du régime public. Le scénario que nous avons privilégié entraîne des pressions financières accrues que nous ne jugeons pas excessives sur certains cotisants du régime public, tout en préservant l'exonération totale ou partielle des moins nantis, comme c'est le cas actuellement. Procéder autrement entraînerait des déficits chroniques qui mettraient en péril la viabilité du régime public ou qui viendraient alourdir le fardeau fiscal des contribuables, une alternative inacceptable. Des révisions annuelles seront nécessaires pour faire face aux augmentations prévisibles des coûts, des augmentations que la population tolérera dans la mesure où elle sera bien informée et que l'inflation des contributions ne sera pas excessive.

Par ailleurs, au-delà de la mise en oeuvre d'un plan de redressement pour atteindre l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments, des mesures pour une consommation rationnelle de médicaments doivent également être promues. À ce titre, il faut décourager la surconsommation entretenue par un système qui permet aux patients d'obtenir des ordonnances d'autant de médecins qu'ils le désirent. Un programme de sensibilisation des professionnels de la santé à ce problème serait un pas dans la bonne direction. Et, comme on vient juste de l'entendre précédemment, c'est même un problème plus important qu'on l'imaginait, puisque, on nous l'a dit, un médicament sur deux est mal utilisé au Québec. Je vous remercie, M. le Président.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci beaucoup, M. Garon. Alors, Mme la ministre.

**Mme Marois:** Merci, M. le Président. Je veux remercier le Conseil du patronat du Québec de nous faire valoir son point de vue. Je pense que ça éclaire bien, compte tenu évidemment de là où se trouve le Conseil, des membres qu'il représente, ça éclaire bien sa position. Et c'est assez clair, quelle est la proposition ou quel est le scénario que le Conseil privilégie. En ce sens-là, je vous en remercie d'une façon particulière.

Je voudrais revenir sur une question que vous soulevez, une affirmation qui est en même temps une question que vous soulevez, sur le fait que notre coût de médicaments augmenterait plus rapidement. Et, moi aussi, ça m'a interpellée quand on a préparé les analyses et on a fait les préparations de rapports et d'évaluation. Ce qu'il faut constater, c'est que, malgré que ça ait augmenté... c'est-à-dire, c'est vrai que ça a augmenté rapidement, mais ce qu'il faut savoir, c'est que nous partions de beaucoup plus loin quant au montant per capita de dépenses en produits pharmaceutiques, autant les médicaments prescrits que non prescrits. Alors, le régime, dans ce sens-là, en fait... remarquez qu'on est en 1997, donc le régime n'avait pas eu vraiment d'impact à ce moment-là. Mais il reste que, comme nous partions de très loin en 1985, nous avons fait un certain rattrapage, ce qui explique que notre

progression a été plus élevée, mais notre per capita, lui, nous laisse toujours dans une proportion moindre que, par exemple, la moyenne canadienne, en 1997, en termes de consommation — vous l'avez remarqué sûrement... En 1997, le Canada a une moyenne, canadienne, de dépenses per capita de 341 \$; le Québec, à 334 \$, est au sixième rang, mais sixième rang par rapport à un premier rang où ça coûterait moins au per capita. Mais l'écart est très petit par rapport à d'autres provinces qui sont près des mêmes montants que nous. Si, nous, on est à 334 \$, le Manitoba est à 323 \$, le Nouveau-Brunswick, à 322 \$, la Saskatchewan, à 319 \$. Donc, il y a vraiment deux provinces où c'est un peu moins coûteux que nous. Mais la progression a donc été plus importante un peu à cause de cela.

Et de la même façon, quand on regarde même en utilisant le montant ajusté par rapport à l'indice de parité du pouvoir d'achat, là encore on est finalement cinquième si on se compare à des États comme le Danemark, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, après nous, et ceux qui mettent plus dans les dépenses de leurs médicaments per capita, bien c'est l'Allemagne, le Canada, l'Italie, la Belgique. Donc, en ce sens-là, il y a eu une certaine forme de rattrapage, mais nous étions beaucoup plus loin, ce qui explique peut-être, en partie sûrement en tout cas, la hausse plus importante chez nous.

Maintenant, il y a eu les assureurs qui sont venus, je pense que c'est mercredi... c'est ça, mercredi...

**Une voix:** Mardi.

**Mme Marois:** Mardi. Les semaines sont longues; elles nous apparaissent courtes parfois, mais elles sont longues. Et ça a été très intéressant, leur mémoire. Il y a une question que j'ai oublié de leur poser, mais qui me revient quand on regarde l'ensemble des contributions des différents intervenants à cette table, sur le fait qu'il y a un avantage intéressant dans le régime public, entre autres la mensualisation des franchises, coassurance, etc. Et je me demandais si vos entreprises accepteraient par exemple d'envisager une telle possibilité pour les travailleurs à bas revenus qui n'ont pas les mêmes avantages, lorsqu'ils sont au privé, que ceux qui participent au régime public. Évidemment, vous êtes conscients aussi que ce que l'on fait dans les différentes hypothèses qui sont là, c'est qu'on rapproche le coût du régime public de celui des régimes privés à même niveau de couverture. Je pense que c'est assez évident à sa face même. D'ailleurs, l'Association des hôpitaux, ce matin, tout à l'heure, se demandait: Comment se fait-il qu'il y a des adhérents aussi nombreux à venir au régime public? Vous devriez leur poser la question. Elle est posée, la question. Le coût est tellement différent finalement que le passage se fait dès que la fin du régime arrive. Mais est-ce que vous pensez que des mesures comme celles-là pourraient être envisagées par les sociétés d'assurance privées?

**M. Garon (Jacques):** Les sociétés d'assurance privées, peut-être; les employeurs, je ne le sais pas. Mme la ministre, M. le Président, si je peux me permettre, tout est

une question de coût. Si ça fait augmenter les coûts de production dans une grande entreprise, il y aura peut-être moins de problèmes parce que tout est automatisé, ça peut très bien se faire. Mais la base industrielle du Québec, ce n'est pas les multinationales, c'est des entreprises de 20 employés et moins, à 97 %. À partir du moment où on institue un régime que l'on voudrait le plus universel possible, parce que ce que vous voulez, c'est une équité finalement...

**Mme Marois:** Voilà.

**M. Garon (Jacques):** ...entre des adhérents moins nantis et ceux qui sont de l'autre bord qui contribuent à des régimes privés et qui paient deux fois ou trois fois plus cher. Le problème, c'est qu'il y a des coûts qui vont s'établir quelque part. Si c'est une question qui est facilement mise en application, j'ai l'impression qu'il n'y aurait pas de problème. Si on regarde la plupart des petites entreprises, si elles ne sont pas, comment dirais-je, à l'ère de l'électronique, si ça fait augmenter leurs coûts de production, j'ai l'impression qu'il pourrait y avoir des résistances. Alors, on n'a pas du tout, du tout évalué la question, je vous le dis bien sincèrement, mais c'est la première question qui me vient à l'esprit. Il faudrait faire une étude de faisabilité pour voir dans quelle mesure on ne contribuera pas ainsi à faire augmenter les coûts pour les petites entreprises.

**Mme Marois:** Oui, vous voulez ajouter.

**M. Lafrance (Francis):** J'aimerais ajouter, si vous me permettez. Les employeurs en général qui offrent des régimes privés ont des franchises beaucoup moindres dans le cadre de leurs régimes que celles du régime public. Alors, on parle de franchises souvent annuelles, de l'ordre de 25 \$ ou 50 \$ par année, et ce sont des franchises qui ne visent pas que le médicament, qui visent l'ensemble des avantages sociaux offerts dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire de l'employeur.

Le problème que vous posez, ce n'est pas la bonne façon de l'analyser. Finalement, ce n'est pas en regardant du côté des franchises qu'on va réussir à résoudre cette question-là. C'est au niveau de la prime que la question doit se poser.

**Mme Marois:** Oui, vous avez raison.

● (16 h 50) ●

**M. Lafrance (Francis):** La raison pour laquelle les gens sont attirés par le régime public davantage que les régimes privés, c'est évidemment grâce à la prime qui a été décidée dès le départ, qui serait bien en deçà des coûts qui auraient dû être finalement déterminés à l'époque. Alors, une prime de 175 \$, c'est bien clair que le régime public devient plus attrayant quand on le compare avec les coûts d'un régime privé. Alors, c'est à ce niveau-là qu'il faut travailler. Et, en même temps, évidemment, ça permet de résoudre la question du financement du régime actuel qui commence à vivre une situation de crise. Si on ne fait

rien pour le redresser dès maintenant, et non seulement redresser au niveau de la prime, au niveau des paramètres, et les redresser maintenant et aussi établir un mécanisme de redressement systématique dans le futur, eh bien, c'est la viabilité du régime qui va être mise en cause. Donc, je ne pense pas que c'est en travaillant sur la franchise qu'on va régler quoi que ce soit.

**Mme Marois:** Oui, c'est ça. Non, je me suis mal exprimée. D'ailleurs, je pense que c'est sur la prime même qu'on pourrait éventuellement traiter autrement dans les régimes privés lorsqu'il s'agit des petits travailleurs, des travailleurs à petits revenus.

**M. Garon (Jacques):** Mme la ministre, moi, je voudrais intervenir sur une chose. Je pense qu'au niveau d'une assurance privée, ce qui compte, sans faire de mauvais jeu de mots, pour les primes, c'est le risque. Dans un régime étatique, on ne peut pas prendre en considération un système de risques quand on s'adresse à la population la moins nantie. De deux choses l'une: ou on laisse aux assureurs privés le soin de déterminer les coûts en fonction des risques et, à ce moment-là, les primes vont augmenter, ou le gouvernement intervient par le biais de la fiscalité pour venir en aide aux moins nantis. Mais mélanger les deux, c'est très dangereux. Ça fausse les signaux que l'on peut donner dans un système de marché et là il peut y avoir des mécanismes qui vont être perturbés de façon très profonde.

**M. Lafrance (Francis):** J'aimerais ajouter qu'on ne voit pas que c'est aux employeurs... les employeurs ont la responsabilité de venir en aide aux moins nantis dans la société dans le cadre de leurs régimes privés. Ce rôle-là, si c'est un rôle que le gouvernement veut prendre, eh bien, qu'il le prenne par d'autres mesures, des mesures fiscales ou autres, mais pas en imposant au secteur privé, que ce soient des règles de tarification ou de mensualisation, peu importe, dans le cadre de leurs régimes. Je pense que la façon, encore une fois, de venir régler la situation, c'est en ajustant la tarification du régime public qui crée un écart actuellement, qui permet effectivement que les gens soient attirés en y allant.

**Mme Marois:** C'est sûr que vous avez raison que notre régime comporte des aspects qui s'appuient plutôt sur un programme, qui traduisent plus... est davantage un programme d'assistance, mais il reste que, quand même, c'est un régime d'assurance. La portion couverte des médicaments utilisés par les personnes à la sécurité du revenu, par exemple, elle est assumée par le fonds consolidé. Mais c'est vrai qu'il y a... En fait, on pourrait l'appeler assistance ou un partage de risques aussi, bon. Puis c'est vrai qu'on a assumé dans le régime public des risques plus grands, des gens qui présentent de plus grands risques, pour toutes les raisons que l'on peut connaître. Bon.

Vous suggérez évidemment qu'on introduise des modalités pour corriger la hauteur de la prime selon la

connaissance et l'expérience qu'on aura du régime. Est-ce que vous suggérez qu'on introduise un mécanisme automatique, si tant est qu'on retenait ce scénario-là? Est-ce que vous suggérez qu'on introduise un mécanisme automatique dans le sens où on inscrit dans la loi un mécanisme de révision qui s'appliquerait, fonction de l'analyse actuarielle, de l'analyse coûts du régime, et qu'à ce moment-là on n'ait pas, à chaque fois, à reprocher d'une façon soit réglementaire ou par décret, mais que ce soit introduit dans la loi?

**M. Garon (Jacques):** Tout à fait, une révision annuelle basée sur l'analyse des professionnels, sur l'analyse du ministère de la Santé, tout à fait, pour évaluer à sa juste mesure les ajustements à faire au régime. Tout à fait.

**Mme Marois:** C'est ça. Oui, d'ailleurs, je pense que c'est une avenue qui est intéressante. Il faut la regarder dans ce sens-là. Et aussi, en même temps, si les autres mesures qu'on veut appliquer — parce que l'Association des hôpitaux le soulevait tout à l'heure — à l'égard du contrôle des coûts étaient très efficaces, peut-être qu'on n'aurait pas justement à réviser la prime et, si le mécanisme est là, automatique, bien, à ce moment-là, il n'y a pas de hausse, puisque les calculs nous donneraient ces réductions, ces économies de coûts, si on veut.

**M. Garon (Jacques):** Je ne sais pas si on n'a pas atteint les limites de l'analyse pour faire face à l'augmentation des coûts. Il y a deux problèmes qui interviennent et qui vont avancer aussi rapidement que l'Internet. Le premier, c'est les nouveaux médicaments, puis on n'arrêtera pas la science.

**Mme Marois:** Tout à fait.

**M. Garon (Jacques):** Le deuxième, c'est le vieillissement de la population qui va nous causer des problèmes énormes dans très, très peu de temps au Québec, d'ailleurs dans la plupart des pays industrialisés, sauf peut-être aux États-Unis.

**Mme Marois:** C'est ça.

**M. Garon (Jacques):** Face à ces deux constantes, je ne vois pas comment le coût des médicaments va pouvoir être contrôlé de façon très efficace.

Alors, au fond, est-ce que c'est un problème de société à dire: On va consacrer plus d'efforts de la collectivité à notre système de santé? Si c'est ça que la collectivité dit, si c'est ça que le gouvernement veut appliquer, c'est une chose. Mais ça, c'est un problème général. Et, par ailleurs, dans le même problème, on est un tout petit peu mal à l'aise du fait de faire une dichotomie tellement draconienne entre l'assurance médicaments et, au fond, les services de santé en général au Québec. Est-ce que les deux ne font pas partie de la Santé, avec un S majuscule? Et peut-être qu'il y aurait des moyens de

pouvoir corriger la situation si le problème était regardé dans son ensemble.

**Mme Marois:** Tout à fait. C'est ce que nous tentons de faire et c'est ce pourquoi on pense qu'il faut intervenir sur certains critères de décision, sur certaines politiques à l'égard, par exemple, de la bonne utilisation du médicament. On a vu, juste avant vous, des professionnels, des chercheurs du Fonds de la recherche en santé du Québec qui nous ont dit qu'on connaissait une mauvaise utilisation du médicament, et donc, en ce sens-là, si on pouvait corriger un tant soit peu ces aspects-là, il est évident qu'on aurait un impact sur les coûts. Puis il y a d'autres aspects qui sont soulevés aussi par le mémoire, entre autres, sur la question du prix le plus bas. Ça aussi, c'est une question qui est abordée. Je ne sais pas si vous l'avez discutée dans vos différentes instances, entre autres, l'abolition de la règle du 15 ans.

**M. Garon (Jacques):** Tout à fait, Mme la ministre. On ne l'a pas abordée à bon escient, simplement parce que c'est nous qui avons défendu, à l'instar de tous les intervenants du Québec, y compris le gouvernement du Québec, le projet de loi fédéral quand il a institué le 15 ans de protection pour l'industrie pharmaceutique. Ça nous a amené quand même des retombées économiques qu'il ne faudrait pas remettre en question parce que, alors là, j'ai l'impression qu'on pourrait peut-être avoir plus de mal que de bien en ce faisant.

**Mme Marois:** Alors, je repose une autre question, et je termine avec cela, M. le Président. Tout à l'heure, toujours le Fonds de la recherche en santé du Québec nous disait: Peut-être qu'il serait intéressant de demander une contribution à des compagnies pharmaceutiques à un fonds qui permettrait de faire de la recherche, où, évidemment, on retrouverait des scientifiques, où on retrouverait des gens, par exemple, du Fonds de la recherche, des universités, des gens du milieu de la santé, de telle sorte qu'on puisse étudier différents aspects du médicament comme instrument thérapeutique et l'épargne d'autres coûts s'il est bien utilisé, justement, et là qu'une contribution soit demandée aux sociétés pharmaceutiques. Est-ce que ça vous apparaît une avenue recevable?

**M. Garon (Jacques):** Moi, je pense que, s'il y a un partenariat à développer, c'est évident que la plupart des nos membres vont y adhérer. On l'a déjà fait dans le cas de l'École polytechnique, avec une participation, il y a quelques années, de 30 entreprises montréalaises à des projets particuliers de l'École polytechnique, et ça a très, très bien marché. Les entreprises ont contribué pas seulement par leur présence, mais par des fonds. Il s'agit de trouver le modus vivendi d'un tel partenariat pour que tout le monde puisse collaborer et y trouver, comment dirais-je, son intérêt, et contribuer à l'intérêt plus grand de la société.

**M. Lafrance (Francis):** Pour ajouter dans le même sens, si vous me permettez.

**Mme Marois:** Certainement.

**M. Lafrance (Francis):** Je pense que vous parlez d'une contribution des industries pharmaceutiques à un fonds de recherche ou à un fonds de partenariat. Il faudrait voir quelle forme cette contribution-là prendrait. Parce que, au-delà d'une contribution financière à un fonds, nous croyons que l'industrie pharmaceutique... ce que nous entendons continuellement de ces gens-là, ils sont intéressés à participer en partenariat avec le gouvernement continuellement. C'est bien plus qu'une implication financière, c'est une implication d'intérêt qu'ils cherchent à établir et à maintenir avec le gouvernement. En d'autres mots, établir une structure où il y aurait concertation entre les intervenants, que ce soit le gouvernement, les assureurs, l'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé, une structure formelle et continue où ces gens-là se parlent et il y a un dialogue d'établi, et qui cherchent ensemble à établir des mesures d'utilisation optimale du médicament.

● (17 heures) ●

Là, on parle du coût du médicament, ici évidemment, en commission parlementaire, parce qu'on veut adresser la question de la Loi sur l'assurance médicaments. On regarde un petit peu trop les médicaments avec des œillères, c'est-à-dire qu'on se concentre sur les médicaments sans regarder l'enveloppe totale des coûts de la santé. Le médicament a contribué largement à une diminution des coûts dans le domaine de la santé. On l'a vécu avec le virage ambulatoire. Le médicament a permis de vivre le virage ambulatoire beaucoup plus facilement, puisque avec les médicaments maintenant on peut traiter les gens en dehors du milieu hospitalier. Donc, on a pu désinstitutionnaliser une partie des soins. Et on retrouve même aujourd'hui, au Québec, une dépense per capita annuelle en deçà de toutes les dépenses per capita annuelles dans le domaine de la santé au pays. On parle d'autour de 1 600 \$.

Alors, l'efficacité thérapeutique du médicament est reconnue. Les employeurs d'ailleurs la reconnaissent et l'appuient. Ils voient dans le médicament une possibilité de ramener les gens à la santé plus rapidement et même d'éviter les soins institutionnalisés avec des listes d'attente incroyables. Alors, nous devrions continuer d'appuyer cette mesure-là.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, M. Lafrance. C'est dépassé maintenant, alors, ça serait à l'opposition. Vous avez 15 minutes plus un élastique.

**M. Marcoux:** Merci, M. le Président. Bienvenue, M. Garon, au Conseil du patronat. J'aurais peut-être un point à faire. Lorsque vous parlez du déficit du régime de façon générale, est-ce qu'il n'y a pas quand même deux volets dans ce régime-là: d'une part les médicaments, le remboursement des médicaments pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi pour lesquels, jusqu'en 1996, le gouvernement assumait le remboursement total — sauf pour les personnes âgées, un 2 000 \$ — et la

partie fonds d'assurance médicaments? Et parfois, on a l'impression que c'est un peu tout mélangé, ça.

On parle du déficit du régime. C'est bien sûr que le fonds d'assurance médicaments, selon les estimés qui sont présentés, il y a un déficit pour l'année courante. Par ailleurs, pour ce qui est des prestataires de l'assistance emploi — comme on les appelle maintenant — et les personnes âgées, on dit: Les dépenses, pour cette année, vont dépasser les crédits prévus. Lorsqu'on regarde les crédits gouvernementaux, les crédits prévus pour l'année courante sont moins élevés que la dépense réelle de l'an dernier. Donc, il est assez facile de dire, à la fin: Bien, écoutez, le régime dépasse les coûts, les coûts dépassent ce qui est prévu. Mais je comprends, si on réduit même les crédits par rapport aux dépenses de l'année précédente, c'est évident qu'on va arriver avec un excédent. Et là on dit: Bien, on va transférer ça comme coût, on va aller rechercher ce qui manque chez les prestataires de l'assistance emploi et chez les personnes âgées, où on a ponctionné 800 000 000 \$ depuis trois ans, chez ces gens-là.

Donc, je pense qu'on devrait peut-être distinguer, lorsqu'on parle de déficit, là, ces deux volets, parce qu'autrement je pense qu'on mêle les choses et on se justifie, dans le fond, d'aller chercher encore chez les personnes âgées et les prestataires de l'assistance emploi des montants additionnels alors qu'il paraîtrait que l'État doit subvenir aux besoins de ces gens qui sont les plus démunis dans la société.

**M. Garon (Jacques):** Est-ce que c'est une question qui m'est adressée ou si c'est adressée à la ministre?

**M. Marcoux:** Non, c'est à vous. C'est parce que vous...

**Mme Marois:** Je peux y répondre.

**M. Marcoux:** C'est parce que vous parlez...

**Une voix:** C'est pour amener la ministre à réfléchir.

**M. Marcoux:** C'est parce que vous parlez de déficit de façon générale. Il me semble, il m'apparaît, lorsqu'on regarde ça, qu'on doit faire une distinction entre ces deux volets du régime.

**M. Garon (Jacques):** Je pense que vous avez raison, on a bien parlé du fonds d'assistance emploi ici — je pense que c'est le fonds dont il est question — à partir du moment où on reconnaît que l'État a décidé, probablement à juste titre, de financer à même le fonds du revenu consolidé les moins nantis de la société. Mais là, ce dont on parle pour l'essentiel: S'il y a une augmentation à faire, c'est, non pas pour les moins nantis, ceux dont vous avez parlé, mais pour les 1 500 000 contribuables qui n'étaient pas assujettis avant mais qui ont des revenus. Peut-être pas des revenus très élevés, c'est vrai, mais qui ont des revenus tout de même. Et on ne parle pas ici des personnes du troisième âge qui ont le supplément de

revenu garanti. Alors, je crois que vous avez raison, mais on essaie aussi de faire cette distinction.

**M. Marcoux:** M. le Président, une autre question. Quand vous parlez de prévoir dans la loi un mécanisme automatique d'augmentation — je pense que c'est ça — comment vous voyez ça? Parce qu'une fois que c'est inscrit dans la loi, c'est toujours extrêmement rigide. Dans le secteur privé, il y a des ajustements annuels. Par ailleurs, les analyses sont faites par des experts souvent indépendants parce que l'employeur va demander des experts indépendants; et deuxièmement, s'il n'est pas satisfait ou s'il trouve qu'il y a une augmentation trop importante, il peut aller en appel d'offres auprès de compagnies d'assurance et voir, tester le marché, ce qui ne pourrait pas être fait dans le fond au gouvernement, et surtout si les augmentations sont calculées par des organismes qui administrent le régime. Donc, on a dit: Est-ce qu'il n'y a pas un certain problème à cet égard-là?

**M. Garon (Jacques):** Bon. Je pense que vous avez peut-être raison. Peut-être qu'il ne faut pas parler d'augmentation mais, en tout cas, un mécanisme de révision des choses qui sont en place, ça, ça nous semble nécessaire. De là à parler d'ajustement, bien là, que ce soit fait par règlement plutôt qu'inscrit formellement dans la loi, je n'ai pas de problème, vous avez peut-être raison. Mais il est absolument nécessaire qu'il y ait au moins des révisions annuelles, sans ça, à tous les trois ans, on va se retrouver avec le même genre de problèmes.

**M. Lafrance (Francis):** Pour compléter la réponse, si je peux me permettre, c'est vrai que dans le domaine privé, il y a un mécanisme évidemment de révision annuelle et que les employeurs peuvent se permettre d'aller au marché lorsque nécessaire, lorsqu'ils ne s'entendent pas par le processus de négociation avec leur assureur pour établir la tarification d'une prochaine année. Toutefois, il y a un élément que le gouvernement a entre ses mains, que les employeurs n'ont pas entre les mains, et les employeurs se tournent vers le gouvernement pour être en mesure de mettre en place des mesures... On revient à tout à l'heure, à la question de l'utilisation optimale du médicament. Le gouvernement est en position en s'associant avec ses partenaires, que ce soit les assureurs, que ce soit l'industrie pharmaceutique, que ce soit les professionnels de la santé, pour établir un dialogue, pour établir un vrai climat de concertation, pour mettre en place ces mesures-là que les employeurs n'ont pas.

Par contre, c'est un mécanisme, qui n'a pas été exploité jusqu'à maintenant, sur lequel s'appuyait le rapport Castonguay à l'époque, lorsque la loi a été adoptée, et rien n'a été fait jusqu'à maintenant de façon concrète et formelle et continue pour justement voir à l'utilisation optimale du médicament. Et ça, si c'était fait, ça viendrait évidemment contribuer à diminuer les augmentations annuelles des coûts, d'une part, et, en plus, tout le secteur privé en bénéficierait au même titre que le

secteur public, puisque, si on réussit à éduquer davantage les gens, la population à une consommation optimale du médicament et les professionnels de la santé à une prescription optimale du médicament, eh bien, on aurait beaucoup moins de problèmes et peut-être beaucoup moins de coûts qu'on a là, actuellement. On n'a pas de chiffres là-dessus, malheureusement.

**M. Marcoux:** Peut-être une dernière question à cet égard-là. Je pense que c'est très intéressant, il y a bien des groupes qui en ont parlé d'ailleurs. Mais, moi, je commence à me questionner sur le réalisme de ça parce qu'en 1997 le ministre Rochon avait indiqué qu'il y aurait une politique du médicament. Il n'y a rien qui s'est fait depuis ce temps-là et la seule suite que nous avons eue, c'est que la ministre a dit, en discutant en commission parlementaire ici, hier ou avant-hier: Oui, c'est important, et on va pouvoir mettre sur pied un chantier sur ce sujet-là. Donc, peut-être dans trois ans on verra là qu'est-ce qui se passera. Est-ce que c'est réaliste de pouvoir tabler sur une meilleure utilisation des médicaments dans un cadre comme celui-là pour pouvoir réduire les coûts?

**M. Garon (Jacques):** Ça dépend de la volonté du gouvernement, je pense, de mettre les choses en avant. Et, si ça peut se faire de façon assez rapide, nous sommes convaincus que ça pourra apporter des résultats probants.

**M. Lafrance (Francis):** Mais la volonté existe du côté du privé. Si la volonté existe du côté du public, il s'agit de se mettre ensemble puis de travailler conjointement.

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

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. On comprend très bien l'absence de votre président, M. Taillon. La dernière chose qu'on voudrait faire, Dieu sait, c'est d'encore bouleverser le Sommet de la jeunesse en exigeant sa présence. Alors, on comprend très bien ce qui s'est passé...

**Mme Marois:** ...

**M. Copeman:** Tout à fait. M. le président, M. Garon, j'ai un petit commentaire et une question pour vous. Vous indiquez, à la page 10 de votre mémoire, qu'«il aurait fallu établir non seulement des primes de base plus élevées et indexées à la composante des coûts de soins de la santé [...], mais des révisions annuelles. C'est la seule façon d'établir la viabilité du régime public.» Il me semble que vous portez un jugement très sévère contre le gouvernement actuel. Vous l'accusez quasiment de négligence parce que le gouvernement actuel avait le pouvoir réglementaire d'ajuster les primes dans la loi depuis trois ans. Le régime est en fonction depuis le 1er janvier 1997, nous sommes passés le 1er janvier 2000, c'est le gouvernement qui a décidé de ne pas augmenter les primes de

façon très claire. J'imagine qu'à chaque année la Régie de l'assurance maladie du Québec a soumis des états financiers du Fonds d'assurance médicaments au gouvernement et le gouvernement a décidé sciemment de ne pas augmenter les primes.

• (17 h 10) •

Alors, de dire qu'on a besoin de révision annuelle... La loi le permet par voie réglementaire. On n'arrête pas de nous dire de ce côté de la table à quel point la *Gazette officielle* et les décrets gouvernementaux sont transparents, alors le gouvernement, avec toute la transparence du monde, ajustait les primes s'il le voulait depuis le 1er janvier 1997. Il ne l'a pas fait. Il y avait peut-être d'autres choses à l'horizon. Il n'y avait pas de déficit dans les deux premières années, magnifique. Tout le monde prédisait dès le début que 175 \$, ça ne serait pas assez. Tous les groupes qui sont venus. Mais en tout cas! Il y avait peut-être d'autres choses à l'horizon, l'événement du 30 novembre 1998 qui a fait en sorte que le gouvernement ne voulait pas augmenter les primes. Ça, c'est les commentaires.

M. Garon, j'aimerais vous poser la question, la même question que j'ai posée au Regroupement des assureurs des personnes à charte du Québec en ce qui concerne ce que la FADOQ appelle un délestage d'assurés chez certains employeurs, certaines compagnies d'assurance, en ce qui concerne surtout les employés à la retraite. Il y a une obligation pour un individu de rester avec une assurance collective, mais il n'y a pas d'obligation dans la loi pour un employeur de continuer à offrir cette couverture à des employés à la retraite. Le Regroupement des assureurs à charte m'ont servi une réponse que je trouvais pour le moins un peu facile, ils ont dit: Bien, la pression ne vient pas de nous autres ni des employeurs, ça vient des individus. On n'aime pas perdre des clients.

Mais, ce n'est pas ça ma compréhension des choses, là. Il y a de plus en plus des indications que des individus à la retraite ont été avisés de façon très abrupte qu'ils n'étaient plus couverts par le régime d'assurance collective et ils étaient exhortés à aller... pas exhortés mais on faisait en sorte qu'ils étaient transférés sur le régime public. Ça, c'est des travailleurs à la retraite, donc les questions de transfert de risques existent.

Je sais que c'est arrivé avec des institutions, avec des établissements et avec certaines compagnies. On dit d'une façon: On ne peut pas permettre à un individu de se retirer d'une assurance collective, mais on peut permettre, semble-t-il, à des employeurs, avec leurs assureurs, de décider à un moment donné, surtout pour les employés à la retraite: On n'assure plus vos médicaments et on transfère le risque vers le public.

M. Lafrance (Francis): Si je peux me permettre de commencer. L'obligation d'offrir une assurance médicaments aux personnes âgées, les employeurs ne se sont pas engagés dans le passé à fournir une telle assurance à tous leurs employés, ce ne sont pas tous les employeurs qui se sont engagés à une telle protection dans le passé pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il y a avait et il y a toujours l'assurance prise par le gouvernement pour les

personnes âgées après 65 ans. Deuxièmement, il y a toute la question de la responsabilité financière, l'obligation financière qui en découle d'offrir une telle protection après la retraite. De là à dire que les employeurs font un transfert à la retraite du risque vers l'État... Moi, je crois qu'il y a plusieurs employeurs qui n'offraient pas d'assurance après la retraite en partant parce que c'était trop coûteux. Et de là à adopter du jour au lendemain une assurance après la retraite en milieu d'entreprises, les obligations financières qui en découlent sont très, très importantes. Un employeur va être très avisé avant de le faire d'analyser l'implication sur ses coûts.

Les protections après la retraite n'ont pas diminué. Dans le marché, à notre connaissance, suite à l'adoption de la loi, les personnes âgées, quand elles arrivent à 65 ans, elles sont automatiquement couvertes par la RAMQ et on croit que cette responsabilité financière là, qui est établie et qui est en équilibre présentement dans le régime, devrait demeurer où elle est actuellement. De changer les règles d'admissibilité ou de changer les règles de transfert de risques au moment où on se parle, ça aurait un impact énorme sur les employeurs au niveau des coûts, au niveau des coûts des assurances après la retraite, et au niveau même des engagements qui ont été pris dans le passé.

M. Copeman: Je sais que ma collègue a une question. Il s'agit, je pense, non pas d'une compagnie pour laquelle les employés à la retraite n'avaient pas... Mais on peut penser qu'il y avait certaines catégories de personnes qui ont pris leur retraite avant l'âge de 65 ans, donc elles étaient couvertes par un régime d'assurance médicaments, par une assurance collective privée, mais qui arrivent à 65 ans et sont avisées: Vous n'avez plus de couverture. C'est ça que je vous dis. Et on a certaines indications que ça arrive.

Une voix: À 58 ans.

M. Copeman: Oui, à partir même de 58 ans.

M. Lafrance (Francis): Dans mon expertise actuelle, je ne connais pas de dossier où cela s'est produit.

M. Copeman: O.K.

M. Lafrance (Francis): Maintenant, si vous en avez, peut-être qu'il y a des situations très particulières, des caractéristiques très particulières qui ont fait que cela est arrivé, mais il n'en demeure pas moins qu'à 65 ans, le fait que les gens sont assurés par la suite auprès de la RAMQ, c'est évidemment dans la loi où là les gens ont le choix, en arrivant à 65 ans, de s'assurer soit auprès de la RAMQ ou auprès de leur régime privé. Et ce choix-là, qui a été adopté initialement, demeure, et il y a certainement un certain nombre de gens qui vont s'assurer auprès de la RAMQ après 65 ans.

M. Copeman: Le président va gruger encore le dossier parce que ce n'est pas clair.

**Le Président (M. Beaumier):** Très bien. Alors, Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, vous entamez l'élastique.

**Mme Loiselle:** Je commence l'élastique. Bon, merci beaucoup. Messieurs, bonjour, bienvenue. À la page 11 de votre mémoire, quand vous parlez quel scénario choisir, vous vous attardez sur le scénario 2, et vous dites, d'entrée de jeu: «...tout en rétablissant l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments (le scénario 2) conserve le mécanisme d'exemption totale ou partielle pour les moins nantis, sans augmentations excessives pour les adhérents...»

Je dois vous dire: Quand on regarde bien le scénario 2, il y a une augmentation pour les personnes à faibles revenus et les personnes démunies parce que le scénario 2 touche à la franchise mensuelle qui passe de 8,33 \$ à 10 \$; touche la coassurance qui passe de 25 % à 30 %; et touche les plafonds. Alors, un assisté social, qui paie actuellement 16,66 \$ par mois pour ses médicaments, va avoir une augmentation à 20 \$. Ça peut sembler pour certaines personnes un montant qui n'est pas excessif, mais avec toutes les coupures au cours des années depuis l'arrivée au pouvoir du Parti québécois... Au niveau des barèmes à l'aide sociale, il y a eu beaucoup de coupures pour les personnes à l'aide sociale, sous différentes formes, qui ont fait que les gens ont moins d'argent dans leurs poches, la prestation est plus basse. Il y a eu aussi beaucoup de coupures sous différentes formes pour les personnes âgées depuis les quatre dernières années.

Alors, moi, je pense que le scénario 2 est à retirer et à ne pas être analysé parce qu'il va toucher de plein front les personnes qui sont démunies et qui actuellement ont de la difficulté à déboursier la contribution financière qui est exigée par le gouvernement pour obtenir leurs médicaments.

Je ne reviendrai pas sur tous les effets dévastateurs du rapport Tamblyn, que vous connaissez sûrement. Mais j'ai relu votre mémoire de 1996. Les écrits restent, j'espère que vous n'en serez pas perturbés. Dans votre mémoire, à l'époque, lors de la commission sur la loi n° 33, vous avez dit au gouvernement: «Par ailleurs — je vous cite — l'inobservance est un véritable problème. Afin de diminuer le risque de sous-consommation, la gratuité devrait être étendue à toutes les personnes âgées recevant un supplément de revenu et non pas uniquement à celles qui reçoivent le supplément maximum.»

Connaissant les effets dévastateurs et troublants que vivent certaines personnes au Québec actuellement suite à l'implantation du régime, le choix qui a été fait par le gouvernement — parce qu'à l'époque tout le monde l'avait avisé des effets néfastes pour les personnes les moins nantis et il le savait au moment où il a décidé de faire ce choix-là, c'est un choix politique — j'aimerais savoir: Est-ce que vous maintenez et recommandez encore une fois cette recommandation au gouvernement en ce qui concerne les personnes âgées à faibles revenus?

**M. Garon (Jacques):** Tout à fait. D'autant plus qu'à notre lecture, c'est le sujet de la recommandation 2.

On exclut les moins nantis de la meilleure façon. Dans tous les scénarios proposés, c'est celle qui fait le moins mal. Là où c'est peut-être, en tout cas, sujet à discussion: Est-ce qu'on devrait augmenter la coassurance ou augmenter plutôt les primes? Parce que les primes, ça touche tout le monde, donc est-ce que c'est plus équitable que la coassurance qui touche les usagers en particulier? On n'en a pas fait une analyse, mais peut-être que ça peut se discuter. Mais vis-à-vis des autres scénarios, qui voient les primes augmenter de façon beaucoup plus considérable, de même que la coassurance, c'est ce qui nous a fait privilégier le scénario 2 dans le souci, encore une fois, d'atteindre un certain équilibre des rentrées budgétaires. Si on exclut ça, alors là tout est permis.

• (17 h 20) •

**Le Président (M. Beaumier):** Merci beaucoup, M. Garon.

**Mme Loiselle:** C'est terminé?

**Le Président (M. Beaumier):** Malheureusement, c'est terminé. Merci beaucoup, MM. Garon et Lafrance.

J'inviterais la Fédération de l'âge d'or du Québec à venir se joindre à nous.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Beaumier):** S'il vous plaît! J'inviterais la Fédération de l'âge d'or du Québec à se joindre à nous. Bonjour, M. Legault et madame également. Vous êtes madame?

**Mme T. Moir (Nicole):** Nicole Moir.

**Le Président (M. Beaumier):** Moir. D'accord. Alors, bienvenue à nos travaux. Vous aurez 15 minutes pour présenter votre mémoire et des échanges de 15 minutes d'un côté comme de l'autre. Alors, allez-y, M. Legault.

#### Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)

**M. Legault (François):** Voici, avant de commencer, je demanderais à Mme Moir de distribuer un amendement que l'on voudrait apporter à la page 10 du mémoire.

**Le Président (M. Beaumier):** Une seconde. Restez-là, madame, on va...

**M. Legault (François):** Bon. Alors, voici. Pour beaucoup, les avis de la Fédération de l'âge d'or du Québec sont considérés comme des positions égocentriques ne visant que la protection des acquis des personnes âgées que nous représentons actuellement. Or, il est vrai que nos mandats consistent à fournir des services et des programmes aux quelque 280 000 personnes âgées de 50 ans et plus qui adhèrent à notre mouvement. Nos positions tiennent compte des retombées que l'adoption de politiques

et de mesures ont sur la population âgée actuelle, mais aussi sur celle de demain.

Ce que les aînés perdent présentement comme acquis ne sera pas restitué dans quelques années. Nous en avons pour fait et cause les expériences passées, que ce soit la perte de crédit d'impôt en raison de l'âge, pour revenus de retraite et pour personne vivant seule, l'adoption de nouvelles mesures fiscales dont le calcul du revenu sur la base familiale et, bien sûr, les modifications apportées au programme de médicaments pour les personnes âgées, pour ne nommer que celles-là.

En une seule année, les aînés ont, dans le pire des cas, vu leur contribution financière pour leurs médicaments passer de 2 \$ par ordonnance au paiement d'une prime de 175 \$, d'une franchise et d'une coassurance de 25 %. Maintenant, on nous propose une autre augmentation qui, dans le moindre des cas, représente une augmentation de 100 \$ de la prime et, dans le pire, 231 \$, et nous devrions rester là, sans rien dire, sous prétexte que les aînés sont des consommateurs de médicaments.

Bien sûr, plusieurs nous opposent la nécessaire coopération que doivent avoir les générations entre elles. Nous en sommes. Mais ce que nous dénonçons, c'est l'utilisation que font nos élus de cette coopération intergénérationnelle pour expliquer les dérapages d'une gestion dont ils sont les seuls auteurs.

En 1996, lors des discussions qui ont entouré l'adoption du projet de loi n° 33, Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives, nous avons proposé diverses recommandations qui sont restées lettre morte. Ainsi, nous avons recommandé que les prestataires d'aide sociale — ce que vous appelez maintenant, dans vos documents, prestataires d'assurance emploi inaptes au travail — soient exemptés du paiement de la prime, de la franchise et de la coassurance. Il aura fallu attendre en 1999, au mois d'août, pour que le gouvernement réalise — et s'en vante — qu'une personne souffrant de problème de santé mentale qui ne prenait pas adéquatement ses médicaments pouvait entrer dans cette catégorie.

Nous avons aussi demandé que le ministre d'alors étudie le système de remboursement des médicaments au plus bas prix et la nécessité de conserver la règle de 15 ans. Nous rappelons à cet effet que nous avons été la seule association d'aînés au Québec à donner son appui à la modification de la loi fédérale C-22 et à l'adoption de la loi C-91 qui étendait la durée de protection — 20 ans — accordée aux brevets relatifs aux médicaments d'ordonnance. Les considérations de soutien à la recherche et à l'emploi avaient été au coeur de cette décision et le demeurent.

Aujourd'hui, la question reste entière: Est-ce que l'abandon d'une protection provinciale supplémentaire de 15 ans pour les médicaments brevetés mettrait en péril notre accessibilité à de nouveaux médicaments; que cela contribuerait à une perte d'emplois dans l'industrie pharmaceutique; que cela engendrerait une perte de revenus pour le gouvernement qui s'empresserait d'aller chercher ailleurs; que l'utilisation restreinte des produits

génériques suffiraient à freiner la hausse du coût des médicaments? Voilà pourquoi une telle étude était et demeure nécessaire.

Nous pourrions épiloguer longuement sur nos commentaires d'hier et rappeler en effet les questions que nous avons alors, dont entre autres celle-ci: Quels effets particulièrement sur les coûts aurait l'expérience du régime dans quelques années? Quelles garanties avions-nous que la couverture des médicaments demeurerait adéquate malgré le vieillissement de la population et les économies qu'on voulait réaliser? Toute question à l'époque qui nous permettrait de demander au gouvernement le report de l'instauration du régime d'assurance médicaments.

Nous sommes conscients que certains nous targuons de posséisme voire de réactionnaires. Mais si nous ne retournons jamais vers le passé pour connaître les embûches que nous aurions pu éviter, le pourquoi et le comment, comment pouvons-nous être confiants dans les décisions qui seront prises à l'avenir? Tout comme nous l'avions dit en 1996, nous regrettons qu'un dossier d'une telle importance soit étudié dans un si court laps de temps — deux mois — et dans un contexte où la préoccupation majeure est de combler le déficit du régime. En 1996, c'était pour bénéficier d'épargnes supposées. Nous croyons que cette façon de procéder ne permet pas aux Québécois et Québécoises de peser toutes les implications des modifications proposées particulièrement pour leur futur.

Mais venons-en au coeur du débat, puisque le ministère de la Santé et des Services sociaux nous invite à nous pencher sur les solutions à apporter au régime d'assurance médicaments qui, nous dit-il, touche essentiellement les zones les plus critiques et propose des pistes de révision destinées à assurer le bon fonctionnement du régime et sa validité à long terme.

Tout comme les auteurs du rapport sur l'évaluation du régime général d'assurance médicaments, nous concourons au principe de base qui veut que tous les citoyens puissent être couverts par ce régime, y compris les aînés, et que les médicaments essentiels leur soient accessibles, et ce, au meilleur coût possible. Mais le rôle des consommateurs aînés et autres ne peut être réduit qu'à la seule fonction de payeurs.

La Fédération de l'âge d'or du Québec regroupe une clientèle de 50 ans et plus et notre réseau est composé de 16 regroupements régionaux et de 900 clubs de l'âge d'or. Nos mandats sont de deux ordres: le loisir et le social. Si elle porte à faire des gorges chaudes sur les joueurs de cartes et de bingo, notre mission loisir a tout de même permis, ces 30 dernières années, à des milliers d'aînés de sortir de leur isolement, de tisser des liens sociaux, de participer à la vie de leur communauté et de s'initier à de nouvelles habitudes de vie.

Quand on parle de la consommation des médicaments des personnes âgées, on ne peut faire fi du contexte dans lequel elle s'inscrit. S'adonner à des activités de loisirs ou pratiquer une activité physique conduit tout naturellement à adopter des habitudes de vie et alimentaires propices à favoriser une médication moindre et, pour

les plus jeunes de nos membres, à retarder le moment où ils en auront besoin.

À cet égard, nous pouvons affirmer que la FADOQ a grandement contribué à l'éducation de la population âgée. Le programme Vie active en collaboration avec Kino-Québec incite les aînés à commencer ou à poursuivre la pratique d'une activité physique, que ce soit en piscine ou en participant à des sessions d'aérobic ou de marche. Nous avons aussi mis en place des programmes de sensibilisation ou de prévention avec des partenaires comme les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, le programme l'Information et la meilleure prescription; avec les régies régionales, le programme Les médicaments oui, non... Mais, en Montérégie, et Médicament parlant, à Laval; avec la Sûreté du Québec, le programme Vieillir en liberté, en toute sûreté; et tout dernièrement avec MedicAlert, le programme Alerte et en santé. Tous autant qu'ils sont, ces programmes sensibilisent la population aînée à se responsabiliser quant à sa consommation de médicaments et à en faire un usage le plus rationnel possible.

Nous pouvons également ajouter la collaboration de la FADOQ au groupe de recherche du Québec sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées ou notre participation au comité stratégique d'implantation et de suivi à l'égard de l'implantation de mesures visant l'utilisation rationnelle des médicaments chez les aînés qu'avait mis en place le MSSS et qu'il a abandonné malgré les actions prometteuses identifiées par ce comité.

• (17 h 30) •

La FADOQ a toujours considéré qu'il était de son devoir non seulement d'offrir aux aînés un cadre de vie social et démocratique que remplissent adéquatement les clubs qui lui sont affiliés mais aussi d'utiliser ses partenariats et son expertise à maintenir et à améliorer la qualité de vie des aînés et, ce qui n'est pas négligeable, à faire en sorte que ceux-ci soient des participants actifs de ce processus.

Par ailleurs, nous nous rendons compte que nous ne pouvons pas agir sur tous les tableaux. À peine pouvons-nous quelquefois, à la lumière de ce que vivent les aînés, indiquer aux autres intervenants sociaux et politiques les pistes à emprunter. En ce sens, nous regrettons que les efforts des aînés soient si peu reconnus et que l'avis de la clientèle soit si nonchalamment écartée du revers de la main.

De nombreux aspects sont à considérer lorsque l'on parle de la consommation des médicaments ou de la rentabilité du régime public d'assurance médicaments. Plusieurs acteurs jouent des rôles importants et divers et peuvent agir sur l'un ou l'autre de ces aspects ou sur l'ensemble à la fois. Si les rôles que peuvent jouer les aînés sur leur propre consommation de médicaments sont réels, ceux dévolus aux médecins, fabricants et pharmaciens le sont tout autant. Par exemple, on s'est beaucoup préoccupé, dans les documents d'évaluation et de pistes de révision du régime, de cerner les améliorations qui pourraient être apportées au renforcement des revues d'utilisation des médicaments. Mais cette mesure, dont la

nécessité ne fait aucun doute, ne s'inscrit qu'en amont du problème. Celle-ci permet de vérifier si les médicaments sont bien utilisés et de documenter l'efficacité pratique des médicaments. Or, et à moins que la situation n'ait changé depuis 1996, les essais cliniques qui précèdent l'homologation des médicaments ne sont pas effectués sur des personnes âgées, qui en sont pourtant d'importants bénéficiaires. En conséquence, les prescriptions qui leur sont fournies procèdent d'une démarche essai-erreur et ne font qu'exposer davantage la clientèle aînée aux effets inappropriés des médicaments.

Bien sûr, on peut se réjouir que les médecins soient ainsi accompagnés dans leur rôle de prescripteur. Cependant, au-delà de la prescription de médicaments, ceux-ci sont encore bien loin d'être tous informés adéquatement sur le processus du vieillissement et l'interférence qu'un tel processus peut engendrer sur l'effet d'un médicament prescrit. Aussi serait-il bon qu'en aval la formation des médecins, étant donné l'augmentation de la population âgée et donc de leur clientèle potentielle, devrait systématiquement comprendre de nombreuses heures de cours sur cette question. De plus, cette compréhension du processus du vieillissement permettrait aux futurs médecins d'appréhender les problèmes de santé des aînés d'une manière plus globale qui ne nécessite pas toujours la prescription de médicaments. Car il ne faut pas se le cacher, l'évolution des coûts du régime d'assurance médicaments n'est pas le seul fait de l'augmentation des coûts des médicaments, mais de la quantité qui est prescrite par participant, comme le montre le tableau 12 du document sur l'évaluation du régime. On s'attendrait, en effet, alors que chaque médicament est de plus en plus performant, que leur consommation en soit diminuée, et, pourtant, tel n'est pas le cas.

D'un autre côté, l'industrie pharmaceutique, qu'elle soit brevetée ou générique, répond aux lois du marché. Cette industrie a, comme tout autre, avantage à faire connaître ses produits et à en encourager l'utilisation. Nous l'avons dit précédemment, la règle de 15 ans adoptée par le gouvernement du Québec mériterait un examen approfondi, car nous ne sommes pas convaincus que l'utilisation des seuls produits génériques suffirait à maintenir les coûts au régime d'assurance médicaments. Que faisons-nous, par exemple, de l'impact des modes de rémunération des professionnels, médecins et pharmaciens sur ce régime?

Par ailleurs, nous nous questionnons, à la suite de certains propos qui ont été tenus pour régler le problème des urgences et des listes d'attente, quant aux retombées qu'aurait cette unique utilisation. Ne serait-il pas tentant, face aux pressions exercées pour diminuer le coût du système de santé, d'éviter de prescrire à une personne âgée un nouveau médicament plus performant, mais par ailleurs plus cher? Évidemment, nous savons qu'en évoquant cette possibilité nous heurtons le comportement éthique des professionnels de la santé. Toutefois, vous n'êtes pas sans savoir que cette perspective inquiète les aînés, tout comme l'inscription sur les listes d'attente l'a révélé.

Quant aux pressions qu'exercent les représentants des compagnies pharmaceutiques, nous croyons que la

seule façon qu'ont les prescripteurs d'y résister relève de leur ordre professionnel. Si l'information et l'éducation sont essentielles à une bonne consommation des médicaments pour les usagers, elles le sont tout autant pour ceux et celles qui prescrivent les médicaments. La liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec comporte près de 5 000 produits, et ce, sans compter les médicaments qui ne font pas partie de cette liste. Or, malgré toute sa bonne volonté et sa conscience professionnelle, il est illusoire de croire qu'un médecin qui vient de se faire vanter les bienfaits d'un produit nouveau ou de remplacement ne soit pas tenté d'y recourir. L'accompagnement à la prescription sous la forme d'un logiciel, comme c'est le cas pour les pharmaciens, serait probablement un moyen adéquat pour rappeler aux médecins la panoplie de médicaments substitués ou plus appropriés. Autant croyons-nous que les développements en matière pharmaceutique ont avantage à être portés à l'attention des médecins et des pharmaciens, autant sommes-nous conscients que cette industrie recourt à des formes sophistiquées de mise en marché. Cependant, les rôles économique et social de cette industrie sont aussi importants l'un que l'autre et il serait navrant que la recherche des profits en soit la seule expression. Mais nous n'entretenons pas d'illusions sur cette question.

Enfin, les documents du ministère relèvent que les pharmaciens utilisent bien peu les opinions pharmaceutiques qu'ils sont à même de fournir. La lourdeur administrative serait à l'origine de cette situation. Nous y ajouterions, comme l'a démontré un colloque tenu en 1993 sur l'utilisation rationnelle des médicaments, que les relations médecin-pharmacien ne sont pas toujours aisées. Pourtant, ne serait-il pas à l'avantage de la clientèle qu'ils desservent que ces professionnels de la santé en arrivent un jour à une entente cordiale où la reconnaissance des compétences de chacun serait le terreau commun? Qu'un médecin puisse être impatienté par les questionnements d'un pharmacien quant à la posologie ou aux médicaments prescrits est sans doute humain, mais, après tout, bénin. Au contraire, n'a-t-il pas avantage à reconnaître qu'en matière de pharmacothérapie le pharmacien peut devenir un allié précieux quant à l'atteinte du meilleur médicament pour chaque patient au bon moment?

Quant aux pharmaciens, l'usage de l'opinion pharmaceutique devrait être un instrument qui ne peut que favoriser cet objectif. Si des contraintes administratives existent, que leur ordre professionnel entreprenne des démarches pour qu'elles soient simplifiées ou carrément abandonnées. Nous avons aujourd'hui un accès de plus en plus grand à de nombreuses technologies qui facilitent et accélèrent les prises de décisions comme la transmission des informations. Ne serait-il pas temps d'en faire profiter un régime dont les multiples acteurs n'en seraient que gagnants, y compris la personne qui consomme les médicaments?

**Le Président (M. Beaumier):** M. le président, peut-être en terminant...

**M. Legault (François):** Pardon? Bien, là, j'arrive dans les constatations et puis les recommandations. Alors, est-ce que vous pouvez m'accorder un autre cinq minutes?

**Le Président (M. Beaumier):** Cinq minutes, bien sûr. Je le prendrai sur le temps des membres de la commission. C'est bien. Alors, allez-y, on va vous écouter.

**M. Legault (François):** Alors, vous êtes bien gentil, je vous en remercie. Bon, où en étais-je? Devant ces constatations et étant donné qu'il est nécessaire que les différents acteurs, fabricants et distributeurs, puissent collaborer afin de fournir à la population utilisatrice les médicaments les plus appropriés et efficaces, et ça, à un coût raisonnable; étant donné que les aînés consomment des médicaments dont l'efficacité repose sur un usage pratique et non sur les essais cliniques préalables à l'homologation desdits médicaments; étant donné que les revues existantes d'utilisation des médicaments sont à même de contribuer à faciliter cet exercice, voici, nous passons maintenant à l'amendement, que nous vous avons donné tantôt, qui dit: La Fédération de l'âge d'or du Québec demande que le ministère de la Santé et des Services sociaux envisage sérieusement l'adoption du prix de référence afin que le prix du médicament remboursé par le régime général tienne compte du rapport coût-efficacité.

Entre le moment où nous avons déposé cet avis et notre présentation d'aujourd'hui, nous avons pris connaissance des résultats de diverses études qui nous amènent à réviser notre jugement quant au bien-fondé du prix de référence. Celui-ci, comme vous le savez, repose sur le principe que tous les médicaments d'une même classe sont équivalents. Si tel est le cas, c'est le coût du médicament qui sera alors l'élément décisionnel pour l'adoption d'un produit plutôt qu'un autre. Nous ne sommes pas des spécialistes en matière de pharmacothérapie, toutefois, il nous semble tomber sous le sens que des médicaments, bien qu'appartenant à une même classe, ne peuvent pas être tous équivalents et avoir une efficacité égale. Le dosage, l'âge de la personne à qui on les prescrit, la manière dont ils sont tolérés et l'interaction avec d'autres médicaments sont autant de facteurs qui peuvent modifier l'efficacité d'un médicament par rapport à un autre.

De plus, les résultats d'un des articles que nous avons consultés tendent à démontrer non seulement ce fait, mais que le choix d'un médicament d'une classe plutôt qu'une autre peut avoir des incidences marquées sur la consommation d'autres soins de santé comme des hospitalisations plus fréquentes, une consultation plus grande de son médecin ou spécialiste. Les auteurs de cet article concluent donc que les gains anticipés découlant de l'application d'une politique basée sur le prix de référence sont annulés par une hausse des coûts engendrés par une plus grande utilisation d'autres services de santé.

Autant regrettons-nous, comme nous aurons l'occasion de le faire plus loin, que les bénéfices réalisés dans d'autres secteurs de la santé, grâce à une bonne utilisation

des médicaments, ne soient pas réinvestis dans le régime, autant serait-il insensé de proposer d'alléger le coût du régime général d'assurance médicaments en refilant la facture aux autres services de santé.

● (17 h 40) ●

Comme nous avons encore plus d'interrogations que de réponses quant à l'application du prix de référence, nous retirons notre proposition et demandons au MSSS qu'il mette en place, comme ce fut son intention en 1997, une véritable politique de médicaments dont un des objectifs devrait être de développer des stratégies efficaces de gestion des coûts; que le MSSS mette en place des mécanismes de contrôle afin que la recherche du plus bas prix, le coût, ne se passe pas au détriment de l'objectif essentiel d'efficacité.

La Fédération de l'âge d'or du Québec estime également que la liste des critères de décision pour l'inscription des médicaments doit être révisée afin de correspondre aux cinq recommandations du rapport Doucet et qu'un conseil consultatif des médicaments doit être formé pour appliquer ces nouveaux critères, sous réserve que la composition de ce nouveau conseil donne un forum aux scientifiques des domaines de la santé et économique et aussi à des personnes ayant des sensibilités différentes et où les valeurs de la société sont explicitement prises en considération.

Le contrôle des coûts est une saine gestion. Bien que nous reconnaissons la clarté des propos...

(Consultation)

**M. Legault (François):** Je vais passer à la page...

**Le Président (M. Beaumier):** En terminant, M. Legault, notre problème de logistique...

**Mme Marois:** Je pense qu'il faut quand même vous rassurer, hein, nous lisons les mémoires.

**M. Legault (François):** Vous les lisez, hein? Bon. Alors, je vais tout simplement vous dire ce qu'on demande au gouvernement. Ça va me prendre deux secondes, Ha, ha, ha!

**Mme Marois:** Si c'est court, c'est bon, Ha, ha, ha!

**M. Legault (François):** Oui, oui, oui, Ha, ha, ha! Alors, après toutes ces considérations, la FADOQ demande au gouvernement de renoncer à la révision automatique de la prime sans avoir procédé à une étude exhaustive et prospective sur le sujet qui tiendrait compte de nouvelles mesures de contrôle du coût des médicaments et d'introduction du prix de référence; de réviser les tranches de revenu à partir desquelles une augmentation de la prime serait envisageable afin qu'elle corresponde à une capacité réelle et réaliste de payer; puis, d'abandonner les scénarios qui n'engendreraient que lourdeurs administratives ou qui constitueraient une manière déguisée de prendre les

Québécois en otage. Et je vous remercie beaucoup de votre patience.

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, dans la logique où nous avons dit que le temps qu'on allouait à nos invités était sur le temps de la commission, moi, je suggérerais, en toute bonne entente, qu'on prenne chacun 12 minutes, ce qui comblerait très bien... Et, quand je connais la capacité des questions laconiques et des réponses également, alors, je pense qu'on peut bien fonctionner comme ça.

Une voix: ...

**Le Président (M. Beaumier):** Merci, je vous admire. Mme la ministre.

**Mme Marois:** Alors, merci, M. le Président. D'abord, moi, je suis très heureuse de vous entendre, même si vous avez un bon esprit critique, c'est tout à fait correct et c'est votre rôle à cet égard. Et je ne pense pas que vous êtes des organismes qui ne sont pas importants ou qui ne font que jouer aux cartes, comme vous le dites — je vous cite, là, hein, ce n'est pas moi — et au bingo.

**M. Legault (François):** D'accord.

**Mme Marois:** Je connais suffisamment vos associations pour savoir qu'effectivement vous jouez un rôle très important au plan social, au plan de tout ce qui concerne la participation des personnes âgées, la brisure de l'isolement. Enfin, je pense qu'il y a un certain nombre d'activités que vous menez et qui méritent d'être appuyées et soulignées. Et, en ce sens, au contraire, vous prolongez probablement agréablement la vie des personnes âgées.

Il y a une chose que j'aimerais vous dire et que j'aimerais partager avec les membres de la commission, puis ça fait quelques fois que je l'entends, mais ça fait quelques fois que je le dis et je vais me permettre de le redire ici. Il faut être clair, il ne faut jamais imaginer et je ne voudrais jamais que vous pensiez qu'on culpabilise les personnes âgées parce que, effectivement, elles consomment davantage de services de santé, de médicaments ou autres, d'aucune espèce de façon, et je pense que ce serait inadmissible, à mon point de vue. Au contraire, je vous dirais qu'on investit jour après jour des sommes considérables pour prolonger la vie, pour prolonger une vie de qualité, et on sait que ça a des impacts ensuite sur l'augmentation des coûts, puisqu'on devient un peu plus fragile à 50, à 60, à 70 ans, et on a besoin d'utiliser des services, et c'est normal. Puis je pense que, comme société, c'est une orientation qu'on devrait continuer de privilégier, d'aider, de soutenir, d'accompagner les personnes âgées pour que leur vie soit meilleure, et même si cela, c'est à un coût qui est plus important qu'il ne l'a été dans le passé. Alors, je veux qu'on soit bien clair là-dessus et qu'il n'y ait aucune espèce d'ambiguïté. Mais, à un moment donné, il faut dire les choses aussi.

Par ailleurs, vous savez très bien qu'il y a certaines thérapies qu'on applique actuellement à des gens de 50 ans — je ne pense pas qu'on considère nécessairement qu'on est très âgé à ce moment-là — et qui coûtent des sommes astronomiques, mais qui justement vont leur prolonger la vie jusqu'à 70 ans, 80 ans, 90 ans, et heureusement, c'est ce qu'on veut. Hein? Bon. Alors, il faut être au clair là-dessus.

Un autre élément qui revient souvent, puis c'est revenu depuis deux ou trois jours, évidemment, c'est, bon, vous considérez les coûts, certains disent «en silo». Quand vous épargnez en médicaments parce que des gens ne vont pas... C'est-à-dire que ça coûte très cher en coûts de médicaments, mais les gens ne vont pas à l'hôpital, n'utilisent pas des services d'urgence, vous avez raison. Mais, effectivement, quand on regarde les coûts épargnés, on se rend compte qu'ils génèrent d'autres dépenses par ailleurs tout aussi importantes. Et je vous donne juste un exemple, l'exemple des médicaments dans le cas du VIH pour les personnes atteintes du virus d'immunodéficience. On a constaté que le nombre de cas, par exemple, a diminué de 26 % depuis 1994. C'est extraordinaire. Et c'est tant mieux, hein? Les coûts hospitaliers ont diminué de 21 % depuis 1994, 5 800 000 \$. Les coûts des médicaments, eux, ont augmenté de 25 700 000 \$. Alors donc, ça nous coûte plus cher à ce moment-là en médicaments, on va prolonger la vie, et même une vie de bonne qualité, et on espère trouver encore suffisamment de produits qui vont permettre... ou de causes de cette maladie pour essayer éventuellement de la guérir ou de faire qu'elle n'existe pas, parce qu'elle reste encore terrible.

Alors donc, en ce sens-là, oui, on les fait, ces analyses-là. Mais on ne les a pas faites au complet, puis on n'a pas toutes les informations pour les faire au complet, mais je pense que vous avez raison qu'on devrait mettre en place des équipes de recherche, soutenir de la recherche en ce sens pour nous permettre d'en faire, des analyses un petit peu plus fines qui nous permettraient de faire des choix plus éclairés. Ça revient avec votre demande, qui a été faite aussi et qui est redite depuis un bon moment, sur la question de la politique du médicament.

Tout à l'heure, j'ai demandé à mon adjointe, qui est sous-ministre adjointe au ministère... J'ai dit: Est-ce qu'à travers le monde on a des politiques du médicament? À la connaissance des gens, là, qui sont au quotidien dans ces réalités-là, on me dit: Ça n'existe pas. Il existe des éléments de politiques. Et on a commencé à travailler sur ça. Et la difficulté, elle est très grande, de trouver et de choisir les bonnes avenues, les bons critères, les bons outils. Mais j'ai pris l'engagement qu'on allait revenir sur cette question-là, puis on va le faire, en essayant d'établir quel serait le plan qu'on pourrait suivre, quels seraient les objets de préoccupation qu'on devrait avoir, puis en associant les différents groupes qui sont concernés ou intéressés par ces questions-là. Mais je comprends que vous le souhaitiez, puis je pense qu'on a du travail à faire sur un ensemble d'éléments, sur la mauvaise utilisation du médicament.

Ce que vous dites, puis je voudrais vous entendre un peu là-dessus, quand vous dites: On a mené des expériences

pour améliorer la façon de consommer, d'avoir accès aux médicaments, d'avoir accès à une meilleure qualité de vie, j'aimerais ça que vous me disiez un peu comment on pourrait vous appuyer dans de telles démarches pour faciliter encore votre travail en ce sens. Ça, c'est ma première question à partir d'un certain nombre de commentaires que je viens de faire sur lesquels vous avez tout à fait le loisir de revenir si vous le voulez.

Par ailleurs, on est pris avec un vrai problème. Il nous coûte cher, le régime. Il donne de bons résultats. Il y a des aspects qu'il faut corriger, mais il nous coûte cher. Qu'est-ce qu'on peut faire pour le corriger? Ou qu'est-ce qu'on peut faire pour le garder, ce régime-là et l'améliorer? À ce moment-là, est-ce que ça veut dire qu'il faut taxer davantage pour le supporter, le régime? Parce que c'est une assurance, hein, on se comprend? Il y a une partie, là, assistance qui est couverte par le gouvernement dans le fonds consolidé. Mais c'est quoi, les solutions qu'on peut appliquer? Parce que c'est ça qu'on cherche, dans le fond. Moi, je veux dire, si vous avez une meilleure idée que toutes celles qu'on a là, je l'achète tout de suite après-midi. Mais il faut que j'en trouve une. Parce que, si je n'en trouve pas, c'est tout le régime qu'on va remettre en question. Puis ça, je trouve que ça n'a pas de bon sens.

**Le Président (M. Beaumier):** M. Legault.

**M. Legault (François):** En fait... Je peux répondre?

**Mme Marois:** Oui.

**M. Legault (François):** Bien enfin, je vais essayer. Bien voici, quand on parle de tout le régime, de le mettre en question, j'ai la nette impression, moi, que, quand on regarde d'abord le vieillissement, vous savez que c'est incontournable, c'est que l'on est appelé à avoir une population vieillissante d'année en année et en augmentation constante. De ce fait, est-ce qu'il n'y aurait pas lieu, par exemple, de regarder en profondeur — quand je dis en profondeur, c'est dans tous les aspects du régime — pour voir s'il n'y aurait pas des choses à faire pour améliorer le système dans son fonctionnement? Un.

● (17 h 50) ●

Et, deuxièmement, bien, du côté, par exemple, de la science et puis des professionnels de la santé et tout ça, je pourrais laisser le soin aux experts naturellement de l'étudier, mais je pense qu'il y aurait peut-être lieu... Ça fait quand même un certain temps que ça existe, alors, à ce moment-là, on est peut-être rendu à un point où est-ce qu'on devrait le regarder en profondeur dans toutes ses implications, autant internes qu'externes, et voir qu'est-ce que c'est qu'on pourrait faire pour sauver les argents, comme vous pensez, qui sont essentiels pour la bonne marche.

**Mme Marois:** Je pense qu'il y a madame votre collègue qui veut...

**Mme T. Moir (Nicole):** Peut-être — puis on l'a mis dans notre mémoire de toute façon — aussi qu'il va falloir une bonne fois former et informer de façon différente les médecins et amener à changer les pratiques médicales, peut-être bien que, si un médecin prenait 10 minutes de plus — je mets ça simple, je coupe ça carré — à s'asseoir avec une personne âgée et malade qui souffre d'une crise d'angoisse puis de pouvoir jaser un peu avec, qu'elle n'aurait pas besoin des médicaments. La prescription effectivement, puis ça fait des années qu'on le dit, est beaucoup plus facile à faire, est beaucoup plus rapide à faire. Je le sais, que les médecins sont très pris, mais il faudrait peut-être amener petit à petit à changer les pratiques médicales.

**Mme Marois:** Vous le soulevez à juste titre dans votre mémoire, et souvent une formation aussi dans le secteur gériatrique, je pense, qu'on devrait pouvoir donner à nos médecins, puisqu'on sait qu'on sera de plus en plus nombreux à être plus âgés, et donc la pratique va devoir se modifier en conséquence. Je suis tout à fait d'accord avec vous.

**Mme T. Moir (Nicole):** Peut-être juste un petit ajout aussi. On a souvent parlé, bon, des coûts, vous le disiez, on va essayer de le voir. Mais je pense que, si on sauve des hospitalisations avec une bonne prise de médicaments, vous demandiez comment nous aider avec tous les projets qu'on a à ce sujet-là?

**Mme Marois:** Oui.

**Mme T. Moir (Nicole):** Bon, on se fie beaucoup aux régies régionales. Les régions qui ont mis en place des projets, c'est vraiment avec l'aide de leur régie régionale...

**M. Legault (François):** Et des CLSC.

**Mme Marois:** Oui, beaucoup.

**Mme T. Moir (Nicole):** Oui, des CLSC aussi. On n'a pas gagné ça dans toutes les régions, loin de là. Bien peut-être que, s'il y avait une ouverture de ce côté-là aussi... Parce que, ce qui nous manque, c'est toujours le soutien financier dans la mise en place de projets semblables, que ce soit pour faire la diffusion, pour préparer les outils...

**Mme Marois:** Pour faire l'information, l'éducation ou quoi que ce soit.

**M. Legault (François):** Diffuser l'information où sont les aînés.

**Mme Marois:** Je vais revenir, M. le Président.

**Le Président (M. Beaumier):** Il resterait presque une minute...

**Mme Marois:** Une minute. Alors, je vais revenir pour ma minute tantôt.

**Le Président (M. Beaumier):** Pour votre minute?

**Mme Marois:** Tantôt.

**Le Président (M. Beaumier):** Très bien. Alors, M. le député de Vaudreuil.

**M. Marcoux:** Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, M. Legault et Mme Moir et merci pour votre mémoire et la qualité de votre présentation.

D'entrée de jeu, je voudrais vous dire qu'il y a deux éléments que je partage entièrement avec vous: au début de votre mémoire, d'une part, quand vous dites regretter qu'un dossier d'une telle importance que celui-ci soit étudié dans un si court laps de temps et dans un contexte où la préoccupation majeure, c'est de combler le déficit du régime — en 1996, c'était de réduire les dépenses du gouvernement — et d'autant plus que c'est un régime qui est compliqué et que les modifications qui pourront être apportées auront des impacts importants sur les participants. Alors, je comprends très, très bien votre inquiétude, et ce que nous avons d'ailleurs dénoncé dès le début de cette commission parlementaire en disant que c'était inconcevable qu'un document soit déposé le 2 février et qu'on demande que les mémoires soient rentrés pour le 11 février. Je pense que, à ce moment-là, on ne veut pas vraiment consulter le monde.

Deuxièmement, quand vous dites également que beaucoup d'acquis ont été perdus par les personnes âgées depuis trois ans, vous les notez à la page 1 de votre mémoire: l'abolition du crédit d'impôt, la récupération des crédits d'impôt en raison de l'âge, la limitation de l'aide fiscale à la retraite, etc. Et quand c'est récupéré, ça, ça ne revient pas. Donc, je comprends votre inquiétude vis-à-vis des changements possibles sur le plan financier dans le cadre de la révision actuelle. Alors, je partage entièrement ce point de vue là.

Je voudrais vous poser une question, et après ça, mes collègues également voudraient vous adresser d'autres questions. À la page 15 de votre mémoire, vous dites que vous demandez au gouvernement «de réviser les tranches de revenu à partir desquelles une augmentation de la prime serait envisageable afin qu'elles correspondent à une capacité réelle et réaliste de payer». Est-ce que vous pourriez peut-être élaborer un petit peu sur ce point-là?

**Le Président (M. Beaumier):** M. Legault.

**M. Legault (François):** «De réviser les tranches de revenus à partir desquelles l'augmentation de la prime...» Bien, en fait, vous savez que l'important aujourd'hui, c'est le revenu des aînés. Puis c'est là qu'on se base sur la capacité réelle de payer. La majeure partie de nos aînés, encore actuellement, ont un revenu qui est sous le seuil de pauvreté. Il y en a encore qui vivent avec 11 000 \$ puis 12 000 \$ par année. Alors, c'est de ça, là, qu'on parle. On

parle des gens qui ne sont vraiment pas capables de payer ce que vous allez demander. Il y a une certaine partie, par exemple, qui va être exemptée, c'est sûr. Il reste quand même que... C'est ceux-là qu'on vise, surtout. Alors, je ne sais pas si ma collègue, par exemple, pourrait ajouter là-dessus.

**Mme T. Moir (Nicole):** Je pourrais compléter.

**Le Président (M. Beaumier):** Mme Moir.

**Mme T. Moir (Nicole):** Il y a un seuil de faible revenu, hein, qui est un peu moins que 17 000 \$. Ce qu'on dit, c'est: L'augmentation qui est prévue... Puis il faut qu'on soit clair, on a toujours été d'accord à avoir un système d'assurance médicaments. On avait fait un sondage auprès de nos membres en 1995-1996, puis les membres, une petite majorité, là, de membres, 50 % plus un, étaient d'accord à avoir un système. Et les raisons...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Mme T. Moir (Nicole):** ...principales étaient de dire — bien, je ne voulais pas faire de politique, là — qu'on a des enfants qui ont des emplois précaires, qui n'ont pas — des enfants et des petits-enfants — d'assurance médicaments, et ça leur permettrait d'avoir de l'assurance médicaments, surtout ceux-là qui ont une famille. Alors, ça, il faut qu'on soit clair. Mais ce qu'on avait dit alors, c'est que ceux-là qui sont sur l'aide sociale et qui ont le supplément de revenu garanti pour les aînés ne devraient pas payer. Et ils ont dû payer, et ça a été révisé, comme on dit, au mois d'août 1999.

Ce qu'on dit en ce moment, c'est que les hausses prévues... On le réalise bien, là, on ne pense pas que ça se puisse, qu'il n'y ait pas de hausse. Bon, l'argent ne pousse pas dans les arbres non plus. Alors, c'est qu'entre le 17 000 \$ qui est décrété le seuil du faible revenu et le 11 000 \$ il ne devrait pas y en avoir, de hausse. C'est déjà trop pour ces personnes-là, avec toutes les coupures qu'il y a eu. C'est là, nous autres, qu'on y met le barème. On l'a, de toute façon, en page 13: 16 061 \$, qui est le seuil du faible revenu dans les grands centres et 14 107 \$ dans les milieux semi-urbains et ruraux.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Loïselle:** Merci, M. le Président. Madame, monsieur, bonsoir, bienvenue.

**Mme T. Moir (Nicole):** Bonsoir.

**M. Legault (François):** Bonsoir.

**Mme Loïselle:** Je remarque qu'à toutes les fois que vous venez à la commission des affaires sociales pour parler de l'assurance médicaments, parce que je lisais

votre mémoire d'il y a trois ans, c'est toujours en fin de journée.

**M. Legault (François):** Oui.

**Mme Loïselle:** En tout cas... Parce que nous, on n'a rien à dire sur la planification de l'heure où vous passez.

**M. Legault (François):** Remarquez qu'à la retraite on pourrait venir plus tôt, hein?

**Mme Loïselle:** Oui.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Mme Loïselle:** Parce qu'il y a moins de médias à cette heure-ci, comprenez-vous?

**M. Legault (François):** D'accord.

**Une voix:** Avant la tombée des journalistes...

**Mme Loïselle:** C'est ça. Les journalistes sont en train de préparer leurs reportages. Alors, c'est comme voulu de la part du gouvernement.

**Mme Marois:** On ne me prête pas d'intentions, madame ma collègue.

**Mme Loïselle:** Je ne suis pas naïve, Mme la ministre. Je suis loin d'être naïve.

**Le Président (M. Beaumier):** Je sens qu'on va terminer, là.

**Mme Loïselle:** J'aimerais revenir sur votre mandat: loisir et social. Tantôt, la ministre, dans ses remarques, vous a félicités. Elle vous a dit: J'ai pris des notes. Vous prolongez agréablement la vie des personnes âgées, que le gouvernement, dans ses orientations, devrait toujours soutenir de telles mesures pour agrémenter et améliorer la qualité de vie des gens. Mais la ministre, ce qu'elle semble ignorer, c'est une partie du mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec qui disait que, suite aux impacts négatifs sur la vie des personnes âgées à faible revenu, il y a des personnes âgées, comme vous le savez très bien, parce qu'une grande partie de vos membres sont sous le seuil de la pauvreté qui ont dû se passer de leurs médicaments, qui ont fait le choix de bien se nourrir ou de prendre... Il y en a même qui ont pris leur posologie: au lieu de prendre deux pilules, en prenaient seulement une pour étirer la posologie, tout ça.

● (18 heures) ●

Et je lis le mémoire de... Parce que ça revient à votre mandat de loisir et social. L'Association des hôpitaux du Québec dit que, pour certaines personnes âgées du Québec à faible revenus qui ont dû faire le choix

de bien se nourrir ou de prendre leurs médicaments, qui ont aggravé leur état de santé, elle dit ceci: «De plus, les conséquences pour certaines personnes se sont traduites par une réduction des activités de loisir, avec un impact sur le niveau d'activités physiques qui contribuent au maintien de l'autonomie, de même qu'un impact sur le bien-être psychosocial — on parle ici ennui, solitude, isolement — par une diminution de l'alimentation en qualité et/ou en quantité et par une diminution du recours au service d'aide entraînant des conséquences sur la qualité de vie.»

La ministre vous posait la question: Aidez-nous, comment puis-je vous appuyer dans votre démarche pour améliorer la qualité de vie des gens, qu'est-ce que l'on doit faire? Moi, je réponds à la ministre: Si vous aviez écouté, en 1996, tous les groupes qui sont venus en commission parlementaire, dont vous, la FADOQ, et aussi les groupes de personnes retraitées... Il y a les Aînés du Québec, les gens oublient, les Aînés du Québec ont été obligés de descendre dans la rue, de manifester, d'aller dans les bureaux de ministres, de faire du camping dans les bureaux de ministres pour dire au gouvernement: N'allez pas dans ce sens, vous allez faire un accroc à notre qualité de vie. Le gouvernement ne vous a pas entendus. Aujourd'hui, la ministre donne l'impression qu'elle vous fait un cri du coeur, mais c'est trois ans trop tard, le cri du coeur, parce que, depuis trois ans, il y a des personnes âgées au Québec qui ont perdu leur qualité de vie. Depuis trois ans, il y a des personnes âgées au Québec qui doivent quémander pour obtenir leur contribution financière, doivent aller dans les organismes communautaires.

Moi, j'aimerais, en terminant ce soir... Quel est votre cri du coeur, de votre part, au gouvernement, pour aider les personnes âgées que vous représentez et qui aujourd'hui peut-être ne vont même plus aux activités de l'âge d'or du Québec parce qu'elles sont trop isolées, elles ont perdu tout envie de vivre par les effets néfastes de l'assurance médicaments dans leur vie?

**Le Président (M. Beaumier):** M. Legault.

**M. Legault (François):** Bien, en fait, le cri du coeur est assez facile, c'est que nous demandons à tous nos gouvernements, qu'ils soient provinciaux, qu'il soit fédéral, eh bien, d'indexer les revenus des aînés au même rythme que les salaires minimums ou l'industrie. C'est aberrant de voir qu'on n'a pas d'augmentation, nous, de nos pensions, alors que, dans l'industrie puis dans les journaux, on voit qu'il y a des augmentations partout, des augmentations salariales, des fois, c'est effarant de voir ça. Nous autres, personne ne nous augmente. Puis c'est ça, mon cri du coeur: de donner un peu d'argent à ceux qui n'en ont pas.

Et puis, on parlait justement du seuil de la pauvreté, bien, prenez donc le montant de 11 000 \$ qui est nettement insuffisant, puis essayez de rejoindre le 17 000 \$ qui a été décrété par Statistique Canada à l'effet que l'on commence à vivre à 17 000 \$, mais qu'à 11 000 \$ on crève. C'est tout simplement là, mon cri du coeur.

**Mme Loiselle:** Merci.

**Le Président (M. Beaumier):** Merci. Alors, en terminant, Mme la ministre.

**Mme Marois:** Bien, je voulais remercier nos invités aujourd'hui. Quand même vous rappeler que, malgré tout, vous savez, nous couvrons à 60 % la facture de tous les médicaments des personnes âgées, c'est un effort qui va dans le sens de ce que vous souhaitez. On va essayer que, dans les formules qu'on retiendra, on évite les problèmes d'iniquité que vous nous avez soulevés. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Beaumier):** Alors, merci, Mme la ministre. Merci, M. Legault, Mme Moir, également. Alors, nous ajournons nos travaux au vendredi 25 février, 9 h 30, c'est-à-dire demain.

*(Fin de la séance à 18 h 4)*

