



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le vendredi 25 février 2000 — N° 28

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (4)

**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

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 vendredi 25 février 2000

Table des matières

Auditions	1
Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP)	1
Congrès juif canadien, région du Québec	9
Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)	16
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	25

Intervenants

M. Gilles Labbé, président suppléant

Mme Pauline Marois

M. Jean-Claude St-André

M. Yvon Marcoux

M. Russell Williams

M. Henri-François Gauthrin

- * M. Jim Keon, ACFPP
- * M. Élie Betito, idem
- * Mme Guylaine Courtney, idem
- * M. Frank Schlesinger, Congrès juif canadien, région du Québec
- * M. Richard Silver, idem
- * M. Jeffrey K. Boro, idem
- * Mme Hélène Morais, CSBE
- * M. Jean-Bernard Trudeau, idem
- * M. Christophe Auger, idem
- * Mme Jennie Skene, FIIQ
- * Mme Lucie Mercier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le vendredi 25 février 2000

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

(Neuf heures trente-trois minutes)

Le Président (M. Labbé): Alors, je m'excuse, mesdames et messieurs, si vous voulez prendre place, s'il vous plaît. Nous allons débiter la commission. Si vous voulez prendre place, s'il vous plaît.

Merci beaucoup. Alors, le constat est conforme. Je rappelle maintenant le mandat de la commission: la commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le rapport *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*.

Alors, est-ce que, Mme la secrétaire, il y a des remplacements ce matin?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Gagnon-Tremblay (Saint-François) sera remplacée par M. Williams (Nelligan); Mme Michèle Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loïselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Gauthier (Verdun).

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup, madame. Sans plus tarder, nous avons le plaisir ce matin d'entendre, dans un premier temps, l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques, suivie du Congrès juif canadien, région du Québec; par la suite, le Conseil de la santé et du bien-être; et nous terminerons en beauté par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Alors, sans plus tarder, j'invite donc l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques à prendre place, ce qu'elle a déjà fait. Je vous en félicite.

Auditions

Alors, dans un premier temps, je vais inviter M. Keon, je pense, qui est le président, qui va nous faire la présentation, à débiter dans quelques minutes. Mais je vous avise que vous avez 15 minutes pour faire la présentation de votre mémoire, et, par la suite, nous avons 30 minutes pour les échanges comme tels entre les membres de la commission, soit 15 minutes pour la partie ministérielle et 15 minutes pour l'opposition.

Sans plus tarder, M. Keon, je vous invite à présenter les gens qui sont avec vous et à débiter la présentation de votre mémoire.

**Association canadienne des fabricants
de produits pharmaceutiques (ACFP)**

M. Keon (Jim): Merci, M. le Président. Mme la ministre, M. le Président, mesdames et messieurs,

membres de la commission des affaires sociales, l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques est heureuse de vous faire part aujourd'hui de ses commentaires et de ses suggestions quant à la rédaction des coûts du programme d'assurance médicaments.

Avant de commencer, toutefois, permettez-moi de vous présenter les gens qui m'accompagnent: Mme Guylaine Courtney, directrice pour le Québec, Apotex; M. Élie Betito, directeur des affaires gouvernementales et des affaires publiques pour l'Association; M. Germain Faubert, à ma gauche, vice-président, Laboratoires Riva, Genpharm, Québec.

Comme notre mémoire a été déposé il y a déjà quelques semaines, j'éviterai d'en faire la lecture. Je m'en tiendrai à l'essentiel de nos propos et me permettrai d'actualiser le contenu à la lumière de déclarations récentes. Les fabricants de médicaments génériques canadiens et québécois sont des gens d'affaires qui investissent dans l'économie et créent des emplois de qualité. Il y a actuellement au Québec environ 2 000 de ces employés, et l'industrie est en croissance rapide. L'industrie du générique compte une quinzaine d'entreprises au Québec qui créent des emplois, font de la recherche et développement, et un grand nombre d'entre elles exportent leurs produits dans le monde entier. 17 % du chiffre d'affaires de l'industrie des médicaments génériques va à la recherche et développement.

En une capsule, notre mission est claire: assurer l'accès à des médicaments de haute qualité à des prix abordables, et ce, le plus tôt possible après l'échéance des brevets accordés aux médicaments d'origine. Il est donc bien clair que non seulement nous respectons les brevets, mais que nous trouvons normal que la propriété intellectuelle soit protégée.

Nous croyons en outre qu'une société doit évoluer, et c'est pourquoi nous avons applaudi à la création de l'assurance médicaments et appuyé à la mesure de nos moyens sa mise en application. Il faut constater après usage que les coûts croissent de façon importante et que le déficit se creuse d'autant. Vous avez très bien compris, Mme la ministre, qu'il est temps d'apporter des changements qui amèneront une réduction des coûts tout en assurant les personnes âgées et les plus démunies qui pourront payer les médicaments dont ils ont besoin.

Or, la règle dite 15 ans, que je ne décris pas parce que vous la connaissez bien, fait en sorte que le gouvernement doit déboursier environ 24 000 000 \$ de plus qu'il ne devrait, et c'est une somme récurrente. Pendant les cinq dernières années, le gouvernement a dû déboursier 110 000 000 \$ pour rembourser des médicaments dont la version générique est disponible partout. Déjà, cela seul

constituera une bonne raison de l'abolir, mais il y en a d'autres. En voici six.

Première raison: en faisant payer une part plus grande de leurs médicaments aux plus démunis, le programme actuel, avec la règle de 15 ans, les force à subventionner de leurs deniers les multinationales étrangères du médicament. C'est une anomalie parfaitement inadmissible en situation déficitaire.

Deuxième raison d'abolir la règle de 15 ans: ce n'est pas la surconsommation qui doit nous préoccuper d'abord, même si c'est un problème réel auquel il faut s'attaquer, c'est la sous-utilisation et même la non-utilisation, tel que l'a révélé brutalement le rapport Tamblyn et auquel d'ailleurs vous avez, Mme la ministre, apporté un palliatif tout récemment. Et cette sous-consommation, faut-il le répéter, est directement issue des montants à déboursier.

Troisième raison: le remboursement du prix le plus bas est en vigueur partout au Canada, et cela n'empêche nullement les multinationales étrangères de maintenir, en Ontario, 39 sièges sociaux contre 24 au Québec.

Quatrième raison d'abolir la règle de 15 ans: toutes les personnes hospitalisées au Québec reçoivent des génériques quand ils sont disponibles, mais, une fois de retour à la maison, on voudrait qu'elles utilisent des médicaments beaucoup plus coûteux. Ce que les hôpitaux économisent, la RAMQ le dépense inutilement.

• (9 h 40) •

Cinquième raison: même avec l'abolition de la règle de 15 ans, les médicaments d'origine restent en position de quasi-monopole au Québec avec 89 % des ventes en 1999. Et aussi l'abolition de la règle de 15 ans n'est pas une politique juste pour les génériques, c'est une politique de remboursement du prix le plus bas. Il n'y a pas de législation, il n'y a pas de règle, il n'y a pas de politique qui interdit aux multinationales de faire de la concurrence avec les compagnies génériques. Si elles veulent baisser leurs prix, elles le peuvent. Alors, l'abolition de la règle de 15 ans, c'est une politique de remboursement du prix le plus bas, ce n'est pas juste une politique pour les génériques.

Sixième raison: de plus, en octobre dernier, un sondage effectué par Sondagem auprès des Québécois révélait que 70 % des répondants souhaitent que le gouvernement du Québec adopte une politique favorisant l'utilisation de remboursement du prix le plus bas.

Nous tenons, en terminant, à réitérer notre appui sans réserve aux mesures de stimulation des investissements et de création d'emplois, mais pas si cela doit se faire au détriment de notre industrie et aux frais de ceux pour qui un coût d'assurance, par exemple, de 40 \$ au lieu de 20 \$ fait la différence entre prendre ou ne pas prendre son médicament.

À ceux qui disent que 24 000 000 \$, c'est bien peu, nous disons que, si c'est si peu, pourquoi alors des multinationales riches y tiennent tant? Pour nous, même si nous savons que c'est une réponse partielle au problème, nous vous rappelons que 24 000 000 \$, c'est près de 500 infirmières pour un an, c'est trois centres

d'hébergement de 96 lits pour personnes âgées. 24 000 000 \$, c'est 70 % du coût d'un centre ambulatoire majeur.

Nous tenons à vous féliciter, Mme la ministre, de considérer l'adoption d'une politique de remboursement du prix le plus bas. Nous savons le courage que cela demande et nous nous assurons que vous êtes sur la bonne voie. Merci de votre attention. Nous sommes disposés maintenant à répondre à vos questions.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup, M. Keon pour votre présentation. Sans plus tarder, nous allons débiter les échanges avec Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vous souhaite la bienvenue à notre commission, à nos travaux. Je vous remercie pour votre mémoire. On va aborder effectivement un certain nombre de questions.

J'étais heureuse de vous entendre dire qu'effectivement, dans nos hôpitaux, nous utilisons les médicaments génériques, dans les faits. Et en ce sens-là les personnes qui sont souvent... C'est parce que souvent il y a une fausse perception à l'égard d'un médicament par rapport à un autre, et je pense que la FADOQ, hier, en était un bon exemple dans le sens où ils craignaient un petit peu — la FADOQ étant la Fédération des clubs d'âge d'or du Québec — que le fait que l'on puisse éventuellement utiliser la règle du prix le plus bas ne les prive de l'accès à des médicaments de qualité parce que ceux-ci seraient plus coûteux.

Mais dans les faits, dans les hôpitaux où on devrait utiliser les pratiques les meilleures, on utilise les médicaments génériques. Et, s'il y a lieu d'utiliser des médicaments plus coûteux, c'est évident qu'on le fait mais plutôt en fonction des problèmes vécus par la personne et des solutions qu'on veut pouvoir apporter à ce moment-là. Et d'ailleurs, même si on avait, si éventuellement on devait changer la règle et retenir celle du prix le plus bas, il est évident qu'il y aurait toujours la possibilité de prescrire un médicament autre, compte tenu des problèmes particuliers d'une personne. Alors, ça, je pense qu'il faut être au clair là-dessus pour essayer peut-être d'atténuer un peu les craintes que pourraient avoir certaines personnes.

Je veux revenir maintenant sur des questions peut-être un petit peu plus... aborder des questions un peu plus spécifiques. Bon, évidemment votre proposition sur le prix le plus bas, on le comprend, vous permettrait que vos médicaments puissent être plus généralement recommandés, et, donc, ça vous donne accès à un marché intéressant, même si vous l'avez déjà, on se comprend bien.

J'aimerais savoir combien on investit dans l'industrie du médicament générique, comment on investit pour mettre au point justement le générique dans votre industrie. Puis est-ce que cette somme, elle est proportionnelle à la différence qu'il y a entre le prix du générique et le prix de l'innovateur?

Le Président (M. Labbé): M. Keon.

M. Keon (Jim): Je vais demander à M. Betito de répondre à cette question.

M. Betito (Élie): Merci beaucoup, Mme la ministre. On retourne ici à notre point important qu'on a fait dans notre soumission. C'est qu'il faut aller avec le programme du plus bas prix. C'est ça, ce que le système ici, au Québec, va sauver. Si vous parlez de recherche et développement, je voudrais peut-être mentionner deux points sur la question de recherche et développement: que notre industrie est en croissance et, on regarde cette année, a dépensé 200 000 000 \$ à 250 000 000 \$. Et ça va être pour chaque année.

Alors, c'est important, pour répondre à votre question, de regarder que les prix des génériques prennent quand même de la recherche, et ça prend environ cinq ans pour apporter un générique au marché.

Alors, il faut comprendre que c'est important de clarifier que de nouveau on veut retourner à la question du système. Il faut utiliser le système du plus bas prix pour que le système sauve de l'argent. Je crois que c'est tout ce que je veux dire en termes de votre question.

Mme Marois: Est-ce que j'ai bien compris? Vous dites que vous investissez environ 200 000 000 \$ à 250 000 000 \$...

M. Betito (Élie): Si on prend les deux plus grandes compagnies dans l'industrie, elles sont dans les 20 plus grandes compagnies dans tout le Canada dans tous les secteurs en termes de recherche et développement. Alors, c'est très important de comprendre que, quand on parle de générique, il y a toujours l'image de l'industrie générique qu'elle ne fait pas de recherche et qu'elle ne fait pas de développement; c'est très loin de la réalité.

Dans notre cas, on parle d'une compagnie comme Apotex. Apotex a 1 400 employés qui sont des scientifiques qui travaillent dans le régime de recherche et développement. Sur ça, il y a 88 personnes qui ont des doctorats. Alors, vraiment l'image de l'industrie depuis 10, 15 ans a changé très fort, et on investit beaucoup en termes de recherche et développement et ça prend beaucoup de recherche et de développement pour apporter les produits génériques.

Et maintenant aussi les compagnies génériques sont entrées dans le milieu des produits innovateurs. Et ça, c'est très important de comprendre qu'on veut soutenir une industrie, qui est petite peut-être comparé aux multinationales, mais on veut développer ici, au Québec et au Canada, la même sorte d'industrie que le restant du monde; c'est notre but comme industrie.

Mme Marois: Il y a combien actuellement de compagnies de médicaments génériques au Canada et au Québec?

M. Keon (Jim): Il y a environ 15 compagnies au Canada.

Mme Marois: Dont deux...

M. Keon (Jim): Je m'excuse, il y en a environ 15 au Québec et probablement une trentaine au Canada. Il y en a quelques-unes qui sont très petites, mais...

Mme Marois: Oui, c'est ça, il y en a un plus grand nombre de petites qui sont au Québec mais qui sont des sociétés qui viennent d'apparaître sur le marché depuis quelques années.

M. Betito (Élie): Et aussi je voudrais clarifier quelque chose d'autre, Mme la ministre, c'est que les multinationales aussi sont impliquées dans les génériques. Quand on parle qu'ils ont 89 % du marché au Québec, 20 % du marché générique est pris par les multinationales — nous, on les appelle les pseudogénériques — qui sont impliquées dans les mêmes marchés. Alors, tout de suite on parle d'une industrie qui a déjà 89 % du marché plus 20 % du secteur générique. Alors, c'est une industrie qui fait les deux côtés du marché.

Mme Marois: D'accord.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. Betito. Mme la ministre.

Mme Marois: Oui. Est-ce que vous avez des politiques à l'égard d'un encouragement de la bonne utilisation des médicaments, et avez-vous en ce sens des contacts ou des échanges avec les corps médicaux ou avec les professionnels du domaine de la santé?

Le Président (M. Labbé): Mme Courtney.

Mme Courtney (Guylaine): Oui. Alors, merci, Mme la ministre. La plupart des membres de notre association travaillent conjointement avec les pharmaciens, au Québec, au développement de programmes d'observance pour leurs clientèles. Alors, on est très actif à ce niveau et on subventionne des programmes avec les pharmaciens pour les aider dans leur pratique à tous les jours pour que leurs clientèles deviennent de plus en plus fidèles à leurs prescriptions. Alors, c'est fait, ça, depuis plusieurs années.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame.

• (9 h 50) •

Mme Marois: Juste une autre question, parce que j'ai un collègue, je crois, qui veut aussi intervenir. Est-ce que vous accepteriez d'être partenaire financier dans des programmes de revue de l'utilisation du médicament? Hier, on a eu des intervenants qui sont venus nous dire, entre autres le Fonds de recherche en santé du Québec qui nous disait: Si on encadre bien cela, s'ils sont un partenaire, par exemple, sur quatre ou cinq autres partenaires qui sont plutôt des institutions gouvernementales, est-ce qu'on ne pourrait pas demander une contribution aux sociétés pharmaceutiques, de telle sorte qu'on puisse travailler ensemble dans une perspective d'une revue de la façon dont s'utilisent les médicaments, et du développement ensuite de bonnes pratiques, évidemment?

Le Président (M. Labbé): Mme Courtney.

Mme Courtney (Guylaine): Oui, merci. Nous sommes certainement disposés à investir dans un programme tel que la revue de l'utilisation des médicaments avec tous les partenaires concernés. C'est un projet auquel on serait très fier de participer.

Mme Marois: D'accord. Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Alors, le député de L'Assomption.

M. St-André: M. le Président, brièvement. Vous avez répondu à une question de Mme la ministre tantôt en ce qui concerne la recherche et le développement, et je dois admettre que j'ai été un petit peu surpris de votre réponse. Dans l'imagerie populaire, dans la perception populaire, on a souvent le sentiment — je le dis comme ça me vient à l'esprit, là — on a souvent l'impression que les entreprises de médicaments génériques ne sont que de vulgaires copieurs de l'industrie pharmaceutique, innovateur. Et là vous nous dites ce matin: Bon, on fait de la recherche et du développement, ça prend cinq ans pour développer un médicament générique. Selon vous — j'aimerais ça bien comprendre — c'est quoi, la différence entre un médicament générique et un médicament innovateur?

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Keon.

M. Keon (Jim): Oui. La différence est: un médicament générique est un équivalent d'un médicament de marque. Pour avoir l'approbation du ministère de la Santé à Ottawa, il faut faire les tests cliniques pour indiquer que le médicament générique a la même bioéquivalence que le médicament de marque. Le médicament générique est la même molécule que le médicament de marque, et il faut déterminer que, dans le corps, il réagit le même que le médicament de marque. Et, comme M. Baumgartner a dit avec les compagnies de marque, et je lis: «Comme il y a généralement équivalence presque parfaite entre les molécules en cause, cette règle — il parle de la règle de 15 ans — ne soulève pas de problèmes médicaux ou éthiques.» Alors, je pense que ce sont les médicaments génériques.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. Keon. Mme la ministre, s'il vous plaît.

Mme Marois: Ça va. Je vais garder mon temps pour un petit peu plus tard.

Le Président (M. Labbé): Excellent, madame. Alors, sans plus tarder nous allons passer maintenant au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président, bienvenue à cette commission parlementaire et merci pour la présentation de votre mémoire.

J'aurais deux questions. D'abord, lorsque vous parlez des économies possibles par l'abolition de la règle du 15 ans au Québec, vous mentionnez le chiffre de 25 000 000 \$ par année — à peu près, si je ne me trompe pas. Or, il semble que d'autres analyses, et notamment celle du ministère, à moins que je ne me trompe, parlent plutôt de 15 000 000 \$ par année...

Une voix: ...

M. Marcoux: ...ou 18 000 000 \$, incluant les régimes privés. Sur quoi vous basez-vous pour établir quand même une différence qui est relativement significative, là, selon vos données?

Le Président (M. Labbé): M. Keon.

M. Keon (Jim): Oui. Chaque année, nous faisons un calcul, depuis quatre ou cinq ans, et d'habitude nous discutons de ça avec le ministère de la Santé. Pour la plupart, nous avons presque les mêmes chiffres. Nous utilisons le programme, nous utilisons le formulaire et nous faisons un calcul en utilisant tous les produits de marque qui sont couverts par la règle de 15 ans. Nous faisons une comparaison avec les prix des produits génériques équivalents, et on fait un calcul avec la différence. Nous pouvons, si c'est utile pour le comité, partager nos chiffres et nos tableaux. Mais en tout cas les chiffres que nous avons eus pour les 12 derniers mois, ce sont environ 24 000 000 \$.

M. Marcoux: Maintenant, une autre question. Je pense que la recherche dans le domaine pharmaceutique est importante, surtout dans l'évolution du monde contemporain. On se dirige vers l'économie du savoir de plus en plus. Et ce sont des emplois de grande qualité également, je pense que des gens le reconnaissent — et sans vouloir minimiser non plus la recherche que vous faites, là, parce que vous l'avez mentionné tantôt, mes collègues reviendront — mais il semble quand même qu'il s'est bâti un consensus au Québec sur l'importance de la recherche dans le domaine pharmaceutique de pointe. Et à cet égard-là d'ailleurs, ça fait partie un peu de la politique industrielle du Québec, et fortement appuyée par le ministre des Finances, M. Landry, qui justement cette semaine mentionnait: «Pour aller gagner quelque dizaines de millions de dollars, perdre notre suprématie en matière de recherche et développement pharmaceutique au Canada serait une très mauvaise affaire.» Et il ajoutait: «Dans un pays où on ne protégerait pas la recherche, on serait immédiatement en désuétude médicale et pharmacologique.» Est-ce que je pourrais avoir vos commentaires, en fait, sur cet énoncé du ministre des Finances?

Le Président (M. Labbé): M. Keon. M. Betito.

M. Betito (Élie): Premièrement, je crois qu'il faut dire qu'il faut avoir les deux côtés de l'industrie au Québec. Et c'est important d'avoir les deux secteurs.

Quand on parle de recherche et développement, moi, je regarde, depuis 15 ans que je suis dans l'industrie, de tous les côtés de l'industrie on parle toujours de la recherche et développement, mais il n'y a personne qui vraiment décrit qu'est-ce que c'est qu'il parle en termes de recherche et développement. Et je crois que c'est important premièrement que le Québec reconnaisse qu'il y a besoin des deux côtés de l'industrie. Et ça, c'est très important.

Et j'aimerais bien vous lire un petit paragraphe qu'on avait trouvé. Le site Internet du gouvernement du Québec même, par exemple, dans sa section intitulée *Investir au Québec*, fait état d'une étude réalisée en 1997 par le Conference Board du Canada, dans laquelle on compare le traitement fiscal des dépenses de recherche et développement à l'échelle internationale. Le Québec offre des incitatifs fiscaux beaucoup plus intéressants que 10 autres régions, et ça inclut des régions comme la France, l'Allemagne, les États-Unis. Alors, le Québec donne beaucoup des avantages pour faire la recherche et développement au Québec, et il faut reconnaître que le Québec, c'est une place spéciale pour faire de la recherche et développement. Sur chaque dollar qui est dépensé, je crois que c'est entre 0,58 \$ à 0,60 \$ qui est retourné aux personnes qui dépensent.

Alors, il faut regarder que la recherche et développement, c'est important — pour répondre à votre question — mais que, si les gens qui paient les taxes au Québec remboursent ça en taxes et crédits, en plus que c'est une bonne place à faire affaires ici, au Québec, c'est un grand marché. Alors, pour nous, c'est important qu'il faut comprendre qu'il y a besoin des deux côtés de l'industrie et que la recherche et développement va dans différentes directions et que c'est important de voir qu'il faut vraiment clarifier le besoin.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. Betito. Alors, sans plus tarder, je cède la parole maintenant au député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, et merci à l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques pour votre présentation aujourd'hui. Pour une fois, je suis absolument d'accord avec la ministre — ça n'arrive pas souvent — quand elle a dit que la FADOQ est un bon exemple. Laissez-moi citer qu'est-ce que FADOQ a dit hier. Selon la FADOQ, «toutes les solutions envisagées par Pauline Marois et ses fonctionnaires doivent être rejetées parce qu'elles sont prématurées, imprécises ou encore irréalistes quant à la capacité de payer des personnes âgées». Avec ça, je suis content que la ministre a bel et bien écouté les représentants de FADOQ hier, et elle doit retourner faire son travail.

Si j'ai bel et bien compris votre commentaire, vous aussi vous êtes contre toute augmentation des coûts pour les patients, pour les malades, soit en augmentation de primes ou un copaiement. Si je suis votre logique, vous êtes aussi contre toutes les autres augmentations, soit la prime, de franchise et le copaiement. Est-ce que j'ai bel et bien compris votre intervention?

• (10 heures) •

M. Keon (Jim): Nous recommandons, premièrement, d'économiser où on peut, de donner le même médicament à un prix plus bas. C'est simple, c'est clair, c'est la première étape.

M. Williams: Est-ce que vous êtes pour ou contre une augmentation des coûts au patient?

M. Keon (Jim): Et aussi, comme Mme Courtney a dit, nous sommes prêts à entrer dans un programme d'éducation d'une meilleure utilisation du médicament. Alors, ils ont...

Ce n'est pas à nous autres de dire si c'est nécessaire de hausser la prime ou de payer pour le programme par le système de taxes, mais nous comprenons maintenant qu'il y a un très grand déficit, et il faut régler le problème.

M. Williams: O.K. Votre réponse est à venir sur ça. Deuxième question. Un peu le député de l'autre côté a demandé: C'est quoi, la différence entre un produit de marque de commerce et un générique? Je pense qu'une partie de la définition est qu'il y a un brevet qui protège quelque chose d'original et il y a un brevet pour 20 ans. Après ça, effectivement il y a l'accès au marché.

Je voudrais comprendre vraiment, parce que, effectivement, il y a de plus en plus une ligne grise entre les génériques et les innovateurs. J'accepte ça, mais, vraiment, sur le coût de produire un produit générique, je voudrais savoir combien ça coûte. Quand nous avons eu les présentations des groupes, Rx & D, tout le monde parlait que, pour un nouveau produit original, ça coûte entre 500 000 000 \$ et 1 000 000 000 \$. C'est ça, les chiffres qui sont. Je voudrais savoir — et c'est un peu, je pense, en arrière des questions de mon collègue: Pour copier ça, combien ça coûte? Je ne mets pas en doute que vos compagnies font aussi de la recherche, mettez ça à côté, mais, pour copier... Après 20 ans, tout de suite après, vous allez avoir une copie du produit de marque. Combien ça coûte de mettre ce produit sur le marché?

Le Président (M. Labbé): M. Keon.

M. Keon (Jim): O.K. Il faut expliquer un peu que, d'habitude, il n'y a pas un seul brevet. D'habitude, il y a plusieurs brevets. Et toujours, c'est difficile à dire exactement quand le générique peut entrer dans le marché. Souvent, presque tout le temps, il y a des litiges, surtout avec le premier générique, à cause du fait que les compagnies de marque font tout ce qu'elles peuvent pour prévenir l'entrée sur le marché d'un produit générique. Ça, c'est la première chose. Il y a un brevet, il y a beaucoup de brevets, il y a plusieurs brevets, et c'est toujours difficile, on a toujours les litiges. Et, en réalité, les compagnies génériques dépensent beaucoup, beaucoup sur les litiges sur les brevets.

Deuxièmement, le 300 000 000 \$ pour introduire un produit de marque, si on accepte ce chiffre — et ce n'est pas mon chiffre — c'est un chiffre pour le monde. Ce n'est pas 300 000 000 \$ au Canada, c'est 300 000 000 \$ partout au monde. C'est pour le marché américain, pour

le marché européen, pour le marché canadien, partout, partout. Alors, le Canada doit payer sa propre partie de cette recherche-développement.

M. Williams: O.K., merci.

M. Keon (Jim): Dernièrement, le coût pour un produit générique ou général, c'est quelques millions de dollars pour entrer au marché avec un produit générique au Canada. Et comme M. Betito a indiqué, probablement, ça prend des années, quatre ou cinq années pour compléter tout le processus.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. Keon. Je cède la parole maintenant au député de Verdun.

M. Gauthrin: Je vous remercie, M. le Président. Je vous remercie d'être présent ici. La règle de 15 ans, vous le savez bien, on le sait tous, ne force pas de prendre le médicament... permet au générique aussi d'être consommé, autrement dit, laisse le choix au consommateur de pouvoir utiliser soit le médicament d'origine, soit le médicament générique. Je sais que vous faites de la recherche et développement, particulièrement de la recherche clinique. Parce que, même lorsque vous avez fait une copie d'une molécule, il faut valider aussi jusqu'à quel point cette molécule peut être homologuée par les services de santé au Canada.

La question, pour moi, c'est vraiment de comprendre l'industrie dans l'ensemble. J'ai bien apprécié l'intervention de M. Betito, qui disait: Il faut maintenir à la fois les compagnies pharmaceutiques, mais aussi les compagnies génériques. Et vous avez chacun votre raison d'être et votre raison de fonctionner à l'intérieur du marché. Les compagnies, ce que vous appelez les multinationales, représentées par les dirigeants québécois des multinationales, sont venues nous dire: Nous avons besoin, lorsque nous parlons à nos patrons mondiaux, d'avantages corporatifs pour pouvoir attirer ici certains investissements de recherche au Québec comme tel, parce que, autrement dit, ils pourraient aussi bien aller à Singapour ou à Tokyo ou à... On pourrait faire une liste des villes, là-dedans.

L'industrie comme telle, à l'heure actuelle, vous, vous me dites, peut être aussi une industrie en... Même avec la situation telle qu'elle est aujourd'hui, avec le principe du 15 ans, vous êtes relativement une industrie en santé, tel que je le perçois. Vous avez des investissements de 200 000 000 \$. Vous fonctionnez relativement bien. Donc, réellement, est-ce que vous avez un message à venir nous dire: Nous, notre industrie du générique est en difficulté, ou bien, vous venez nous dire: On aimerait avoir une part de marché plus importante? Ce que je comprends tout à fait. Mais, somme toute, vous êtes une industrie en santé qui fonctionne relativement bien, comparé aussi avec une industrie de recherche fondamentale de produits de marque. Et la situation fonctionne assez bien, avec la règle de 15 ans. Est-ce que j'ai tort ou je n'ai pas tort?

M. Keon (Jim): Notre mission, comme j'ai dit, est claire: assurer l'accès à des médicaments de haute qualité à des prix abordables. Au Québec, nous n'avons que 10 % du marché, alors ce n'est pas beaucoup. C'est beaucoup plus ailleurs au Canada, beaucoup plus ailleurs aux États-Unis. Au Québec, à cause des politiques du gouvernement, nous avons une petite partie du marché, 10 % du marché, et les compagnies de marques ont déjà 90 % du marché.

Comme j'ai dit aussi, nous sommes pour un programme de remboursement du prix le plus bas. Si les compagnies de marque veulent faire de la concurrence avec nous autres sur le prix, elles peuvent le faire; c'est ce que nous disons. Ce n'est pas pour dire que le gouvernement doit toujours acheter des produits génériques, mais nous suggérons qu'il rembourse juste le prix le plus bas.

M. Gauthrin: Mais vous comprenez quand même que, dans la technique de cette période de 15 ans, on laisse au médecin ou au citoyen la possibilité de choisir. Ils peuvent choisir soit le générique, soit le médicament de marque. Et le gouvernement a une politique de remboursement en fonction du choix du médecin ou du patient, le cas échéant. J'ai une question: Prenez, par exemple, vous, madame, est-ce que vous achetez les produits Life ou des Tylenol?

Mme Marois: Je prends très peu de médicaments, alors je n'en achète pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauthrin: Non, mais pour vos enfants. Non, non, mais c'est des questions que je pose. Prenez le générique Life qui est fait par...

M. Keon (Jim): Moi, j'achète toujours les génériques.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauthrin: Je comprends, et je vais vous dire que moi aussi parce que j'ai été élevé par une mère qui m'a toujours appris à acheter le produit le moins cher.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauthrin: J'ai été élevé par ma mère dans ce sens-là. Mais, ceci étant dit, ça reste un choix. Il y a beaucoup de gens qui choisissent l'un ou l'autre, même s'il y a une différence de prix entre Tylenol et le Life, produit par les pharmacies Cumberland. Alors, est-ce qu'on ne pourrait pas laisser la liberté en quelque sorte, pendant 15 ans, au citoyen ou au médecin?

M. Betito (Élie): Est-ce que je peux intervenir juste pour faire un commentaire, M. le député?

M. Gauthrin: Oui, bien sûr.

Le Président (M. Labbé): M. Betito.

M. Betito (Élie): Merci. Premièrement, le choix ici, au Québec, n'est pas comme dans les autres provinces. Dans les autres provinces, c'est le système du plus bas prix. Alors, quand vous entrez dans une pharmacie et si vous êtes sur le système du bien-être social, ou tout ça, il vous est donné le générique. Ici, au Québec, il n'est pas exactement ce programme.

M. Keon (Jim): Et aussi, même avec un système de remboursement du prix le plus bas, le patient a le choix. S'il ou elle préfère le produit de marque, il peut payer la différence.

Une voix: ...

M. Keon (Jim): Oui. C'est toujours le cas. Et c'est le cas maintenant au Québec, après 15 ans aussi.

M. Gauthrin: Vous n'avez pas répondu à ma question. Somme toute, quand même, votre industrie du générique au Québec est en bonne santé.

M. Keon (Jim): Comme j'ai dit, nous avons une partie du marché au Québec beaucoup moins...

M. Gauthrin: Que vous souhaiteriez avoir.

• (10 h 10) •

M. Keon (Jim): ...qu'ailleurs au Canada et qu'ailleurs aux États-Unis. Alors, nous pensons que, si on change la règle, nous pouvons faire une concurrence plus forte et probablement agrandie au Québec.

M. Gauthrin: Je vous remercie de votre témoignage.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. Keon. Alors, sans plus tarder, une petite question d'une minute. Vous avez compris, tout le monde, que, grâce à M. Keon, on va profiter de sept minutes, puisqu'il a pris seulement huit minutes pour présenter son mémoire. Donc, je vais allouer 3 min 30 s à chacun des côtés. Donc, il reste à Mme la ministre 8 min 30 s pour poser des questions. Mme la ministre.

Mme Marois: C'est merveilleux. Il en reste une du côté de l'opposition?

Le Président (M. Labbé): Une petite question de 40 secondes.

Mme Marois: D'accord. Alors, c'est bon, ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Allez-y. Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Bon. Alors, évidemment vous aurez constaté — c'est toujours un peu compliqué quand on a des

invités, mais il faut que ça se passe aussi comme ça entre nous — que l'opposition est plutôt d'accord pour à peu près tout ce qui est recommandé, mais ne propose elle-même aucune solution pour nous sortir des problèmes du financement du régime. Parce que, au-delà des autres questions...

Et je pense qu'il faut les aborder, toutes ces questions, évidemment la question de l'utilisation du médicament, de la bonne utilisation, de l'utilisation constante, de la recherche, etc. Et toutes ces questions sont abordées dans l'évaluation du régime général d'assurance médicaments. Au-delà de ces questions, si on veut préserver un régime général d'assurance, il faut être capable de le supporter financièrement. Et, si l'opposition a des idées sur ça, a des propositions à me faire, je vais les recevoir et je vais les étudier avec beaucoup de plaisir. Mais, pour l'instant, j'en ai, moi, et puis j'essaie de trouver laquelle de ces hypothèses est la meilleure. Alors, on essaie de la débattre ici et avec nos invités pour qu'ils nous donnent d'autres points de vue, si tant est que ça puisse nous aider à progresser.

Juste pour revenir sur cette question de l'aide ou de l'appui aux sociétés pharmaceutiques et aux sociétés innovatrices, il faut être de bon compte. Effectivement, le Québec est accueillant à cet égard, et on veut continuer de l'être. Maintenant, la question qu'on pose — et ça ne nous met pas en contradiction, M. Landry et moi-même, puisque nous sommes prêts à poser cette question et nous l'avons abordée dans le document qui est présenté devant nous et qui est de l'ordre des questions et des hypothèses — c'est: Voulons-nous continuer à supporter nos sociétés pharmaceutiques innovatrices par une des politiques qui s'appuient sur les prix des médicaments ou autrement? Parce que ce n'est pas le fond de la question que nous voulons remettre en cause. C'est-à-dire que les fondements de l'approche et de l'appui, c'est clair. Donc, ça, je pense qu'il faut être capable de se le dire franchement. Mais sauf qu'il y a différentes stratégies pour le faire. Et là, sur la question de stratégies, on peut débattre.

Et, en ce sens, je répète ce que je donnais comme information hier aux membres de cette commission, il faut savoir qu'il y a des encouragements gouvernementaux importants pour les entreprises pharmaceutiques et qui sont plus avantageux au Québec qu'ils ne le sont dans des villes comme Toronto, Calgary et Vancouver, donc dans ces villes et dans ces provinces, et, en ce sens, malgré le fait qu'en plus il y a la règle du 15 ans qui s'applique dans notre politique d'achat du médicament. Alors, il faut savoir ça. Excluant la règle, il y a un avantage encore au plan des emplois créés soit sous forme de réduction d'impôts sur le capital, soit sous forme de crédits d'impôt pour la recherche et le développement.

M. Gauthrin: Et les crédits d'impôt pour les chercheurs étrangers.

Mme Marois: Bien sûr, en plus de certaines formes de crédits d'impôt pour les chercheurs étrangers et le

support aussi par notre secteur de recherche, qui est quand même — le Fonds de recherche en santé du Québec nous le rappelait à juste titre hier — particulièrement intéressant.

Bon. Cela étant dit, quand vous dites: La part du marché que nous avons est plus petite ici, quelle est-elle ailleurs dans les autres provinces canadiennes ou dans d'autres marchés comme le marché américain, générique versus innovateur?

M. Keon (Jim): O.K. Pour le Canada, au total, nous avons 14,5 % de marché, des dollars, et 42,7 % des ordonnances.

Mme Marois: Répétez-moi ça. Vous avez 14,5 %...

M. Keon (Jim): 14,5 % des dollars.

Mme Marois: O.K. D'accord, en valeurs, là, en dollars.

M. Keon (Jim): En dollars. Et 42,7 % des ordonnances. Et, au Québec, on n'a que 10,8 % en dollars et 35,2 % des ordonnances.

Mme Marois: Alors, 10 % en dollars, en valeurs, et 30 %...

M. Keon (Jim): 35 %.

Mme Marois: C'est ça.

M. Keon (Jim): C'est le marché au total, ce n'est pas juste le programme du gouvernement.

Mme Marois: Oui, oui. Non, je comprends. Oui, oui. On se comprend bien.

M. Gauthrin: ...du marché.

Mme Marois: La différence, c'est de l'ordre de, oui, 4 % du marché, effectivement.

M. Gauthrin: ...la différence entre... c'est 4 % du marché en dollars et c'est de l'ordre de 12 % en ordonnances. C'est ça?

Mme Marois: En ordonnances.

M. Keon (Jim): C'est ça.

Mme Marois: C'est ça, exactement. Ce sont ces données. Alors, je vais aborder le problème qui nous préoccupe et que vous voulez nous aider à solutionner. Et je pense que c'est une avenue, et il faut être capable de l'évaluer correctement, que cette question du prix le plus bas. Par ailleurs, vous convenez avec nous, et vous le dites dans votre mémoire, que l'abolition de la règle du 15

ans ne serait pas suffisante, et même l'application du prix le plus bas ne suffirait pas pour nous permettre de réduire nos coûts et de faire en sorte que le régime d'assurance tel qu'il existe n'ait pas à souffrir d'autres changements, parce que sinon il reste déficitaire. Est-ce que vous avez, en ce sens, réfléchi à d'autres possibilités pour nous permettre de réduire les coûts du système ou de jouer sur d'autres paramètres pour nous permettre d'améliorer la performance de notre régime?

Le Président (M. Labbé): M. Keon.

M. Keon (Jim): O.K. M. Betito va répondre à cette question-là.

M. Betito (Élie): Est-ce que je peux parler un peu? Parce que le problème, c'est vraiment l'utilisation: Comment est-ce qu'on peut réduire l'utilisation des produits pour attraper le coût des produits pharmaceutiques? Vraiment, le problème, ça tombe tout de suite dans combien est dépensé pour la promotion directement aux docteurs. Si vous n'allez pas contrôler ou faire la gestion de ça, Mme la ministre, ça va être vraiment difficile de contrôler votre budget.

Au Canada, le dernier chiffre que j'ai vu, c'est 1 100 000 000 \$ qui est dépensé en marketing directement aux docteurs. Alors, un autre point qui est très important, c'est qu'il y a aussi une grosse direction à faire la promotion directement aux consommateurs. Alors, vous avez deux points importants qui travaillent contre votre travail à vous de protéger le coût et de garder ce coût-là en main. S'il n'y a pas moyen de trouver une façon de contrôler ces deux points-là, ça va être presque impossible, Mme la ministre, pour contrôler vos coûts. Parce que, même si vous dépensez 50 000 000 \$ de dollars pour faire la promotion aux consommateurs, pour faire l'éducation, il y a 1 100 000 000 \$ qui rentre dans le système, qui fait la promotion directement aux docteurs, et c'est presque impossible de...

Mme Marois: Est-ce que vous nous suggéreriez de contrôler mieux les pratiques commerciales?

M. Betito (Élie): Non, je ne veux pas positionner en termes de contrôler les professionnels, mais je crois qu'il faut faire une éducation des professionnels. Comme les docteurs, je sais que l'éducation des docteurs dans les universités, c'est peut-être un cours ou deux sur la pharmacologie. C'est important, je crois, qu'il y ait du temps pris à comprendre qu'est-ce que c'est, les coûts du système, parce que, dans la réalité, à la fin, les docteurs ne savent pas qu'est-ce que c'est, le coût des produits. Et il faut un peu d'éducation dans tout le système. Mais, si vous ne contrôlez pas les deux points que j'ai mentionnés, ça va être impossible de vraiment contrôler vos coûts.

Le Président (M. Labbé): Alors, je tiens à vous remercier. Malheureusement, le temps est déjà écoulé.

Alors, je tiens à vous remercier, tout le monde. Oui, en 40 secondes? Il y avait un petit 40 secondes, vous voulez le prendre? Je m'excuse. Alors, M. le député de Nelligan, pour 40 secondes.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup pour votre présentation, encore une fois. Mais je voudrais juste retourner à une de mes questions. Sur la question de la contradiction entre les ministres, c'est assez clair que M. Landry a déjà rappelé à l'ordre Mme Marois. Elle a dit clairement que nous avons besoin de tout...

Mme Marois: Vous fonctionnez comme ça dans votre formation politique? Ce n'est pas notre cas.

M. Williams: Non. Ça fonctionne en public, les chicanes en public entre les ministres, c'est assez facile de le voir. Et vous avez franchement vidé beaucoup de votre temps hier aussi. La ministre a choisi une solution, dans mon opinion, abusive, simpliste et paresseuse. Elle a décidé de vraiment juste encore une fois taxer les malades, et c'est ça qu'elle a fait, parce qu'elle n'a pas fait elle-même une étude sur l'impact de l'utilisation des médicaments dans la santé. Je redemande ma question et j'ai besoin d'une réponse un peu plus claire, s'il vous plaît, je sais que c'est une question difficile: Est-ce que vous êtes pour ou contre? Encore une fois, vous avez bel et bien cité Tamblyn, le rapport Tamblyn. Est-ce que vous êtes pour ou contre? Avez-vous fait les études, que, si on fait une augmentation de prime, franchise et copaiement, ça va être une barrière à une bonne utilisation des médicaments?

• (10 h 20) •

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. le député. Une réponse courte et rapide, s'il vous plaît.

M. Keon (Jim): Comme j'ai dit, nous pensons que ce n'est pas notre affaire aujourd'hui de répondre à cette question. Nous sommes ici pour indiquer comment le programme peut économiser pour donner les bons médicaments à des prix plus abordables. Et c'est au gouvernement de décider si on va payer par taxes ou par une hausse de prime.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Keon, je vous remercie beaucoup. Mme Courtney, M. Betito et M. Faubert, merci de votre présentation. Et j'inviterais sans plus tarder le Congrès juif canadien, région du Québec, M. Richard Silver, à prendre place, s'il vous plaît. Merci.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, sans plus tarder, nous sommes prêts à débiter. Bienvenue, M. Silver. Je vais vous inviter, s'il vous plaît, à présenter les gens qui vous accompagnent. Vous savez que vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire, et les membres, autant du côté ministériel que du côté de l'opposition, ont 15 minutes chacun. Et, si vous ne prenez pas le 15 minutes, il ne sera pas réparti

équitablement entre chacun des côtés. Alors, M. Silver, vous avez maintenant la parole. Merci.

Congrès juif canadien, région du Québec

M. Schlesinger (Frank): Bonjour, Mme la ministre, M. le Président. Au nom du Congrès juif canadien, région de Québec, je suis heureux d'avoir l'occasion de présenter notre mémoire sur le régime d'assurance médicaments devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

J'aimerais tout d'abord présenter notre délégation. Je m'appelle Frank Schlesinger, je suis vice-président honoraire et président du comité sur l'action sociale du Congrès juif canadien, région de Québec; à ma gauche, Me Jeff Boro, vice-président régional et président du Comité sur les relations communautaires, région de Québec; et, à ma droite, Me Richard Silver, directeur des relations communautaires.

Vous savez sans doute que le Congrès juif canadien est le porte-parole officiel et dûment mandaté de la communauté juive en matière de politique publique. Nous travaillons étroitement avec les organismes institutionnels et communautaires de notre communauté afin d'élaborer des positions sur une gamme large des questions d'intérêt public au Québec. Le Congrès n'a jamais hésité de prendre position sur des questions qui touchent l'ensemble de la société québécoise. Dans les dernières 10 années seulement, nous avons présenté, entre multiples autres, la position de la communauté juive au Québec sur la place de la religion à l'école, sur le développement de l'infirmerie québécoise, sur la mise en place de la liste électorale permanente, ainsi que sur la modification de l'article 93 de la Loi constitutionnelle de 1867 et sur la proposition de politique linguistique au Québec.

Le régime d'assurance médicaments est devenu une pierre angulaire dans notre système de santé. C'est pour cette raison que le Congrès juif canadien, région du Québec, a pris la décision de vous présenter son opinion sur le régime et sur son avenir.

Qui sommes-nous? La communauté juive du Québec nombre environ 100 000 personnes. Nous représentons 28 % de la population juive au Canada. Bien que le taux de natalité soit le plus élevé en Amérique du Nord, un grand pourcentage de notre communauté, soit 22 %, est âgé de plus de 65 ans. Ceci représente pour nous un important défi de planification sociale. Pour assurer le bien-être de cette partie de la communauté juive, nous avons bâti, au fil des années, des services et des organismes communautaires ainsi que plusieurs centres de soins de longue durée, maintenant financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous comptons dans notre communauté un pourcentage important de personnes pauvres. En 1991, environ 20 % des juifs de Montréal vivaient en dessous du seuil de pauvreté tel que défini par Statistique Canada.

Le régime d'assurance médicaments, nos principes de base. Nous sommes heureux de constater que le gouvernement du Québec a déclaré que la santé représente sa

plus importante priorité. Nous espérons donc que les gestes du gouvernement démontreront la volonté politique nécessaire pour réaliser cette déclaration. Mais, après avoir pris connaissance des propos récents de la ministre de la Santé et des Services sociaux et des documents du ministère sur le régime d'assurance médicaments, nous sommes fort inquiets. Lors des discussions avec nos partenaires au sein de la communauté juive, nous avons établi trois principes de base qui nous ont guidés dans notre réflexion. Ces trois principes sont l'équité, l'accessibilité et le portrait large.

L'équité. Un des objectifs du programme était l'abolition de l'inéquité entre les personnes qui bénéficiaient d'une couverture d'assurance médicaments et ceux et celles qui n'avaient aucune couverture. Pour qu'un programme soit équitable, il faut que ce soit équitable au plan financier. Mettre sur pied un programme pour les personnes qui n'ont pas les moyens d'en profiter ne représente pas, pour nous, une approche équitable.

Portrait large. Il est essentiel de retenir ce portrait large. Le gouvernement ne peut pas isoler le programme d'assurance médicaments des autres programmes gouvernementaux. Dans son analyse, le gouvernement a souligné le déficit du Fonds de l'assurance médicaments. Mais est-ce que le gouvernement a effectué une analyse coûts-bénéfices sur l'effet du programme et les économies réalisées ailleurs dans le système de santé, comme, par exemple, dans les hôpitaux?

L'accessibilité. Il est essentiel que les personnes ciblées par ce programme, les personnes âgées, les personnes à faibles revenus et les assistés sociaux, aient accès aux médicaments couverts par le régime. Nous avons vu, et le rapport Tamblin nous le confirme, que beaucoup de personnes négligent de prendre leurs médicaments essentiels, depuis la mise en place du programme. Pourquoi? Tel que démontré par le rapport Tremblay, ces personnes n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments. Depuis la création du programme, nous avons également aperçu un lien de causalité entre le régime et l'augmentation du nombre d'événements indésirables, dont les visites à l'urgence et de l'hospitalisation attribuables à une baisse de la consommation de ces médicaments.

La ministre a récemment soulevé la possibilité de hausser les primes et les autres dépenses pour les adhérents du régime. Trop souvent, ces personnes sont soit des personnes âgées, soit des personnes à faibles revenus, soit des bénéficiaires d'assurance sociale. Ceci ne pourrait avoir que l'effet d'exacerber ce problème. Il est vrai que le gouvernement a un problème quant au financement du programme. Le régime, qui a coûté 832 000 000 \$ il y a deux ans, coûte 1 500 000 000 \$ aujourd'hui. Mais obliger les adhérents du régime à augmenter leurs dépenses n'est pas la solution. Il ne faut pas oublier que ces personnes ont également augmenté leur contribution en dollars réels depuis ce temps. Mais, selon les arguments du ministère, il paraît que, malheureusement, la ministre privilégie cette option.

• (10 h 30) •

Lors de la mise en place du programme, en 1996, Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a déclaré que l'objectif du régime était la réduction des inégalités entre les Québécois et les Québécoises qui bénéficiaient d'une couverture d'assurance médicaments et ceux et celles qui n'avaient aucune couverture. Le ministre a également soulevé l'évolution du coût de ces médicaments, surtout les nouveaux médicaments, qui coûtaient très cher aux bénéficiaires, ainsi que l'importance des médicaments pour soutenir le virage ambulatoire et pour éviter l'hospitalisation des personnes. Le programme avait aussi pour objet, selon le ministre, la réalisation d'économies de l'ordre de 200 000 000 \$. Ces économies seraient assumées par les bénéficiaires pour permettre au gouvernement de maintenir d'autres services de santé pour la population.

La réalité est le contraire. La plupart des Québécois et Québécoises diraient sans doute que le réseau se trouve aujourd'hui dans un pire état qu'en 1996. Le régime assure environ 3 000 000 de personnes, 1 500 000 de travailleurs sans assurance privée, 700 000 assistés sociaux ainsi que 850 000 personnes âgées. Avant 1996, les personnes âgées payaient un maximum de 100 \$ par an pour leurs médicaments. Pour les assistés sociaux, il n'y avait aucun coût. Il est vrai que le régime bénéficie d'une proportion des adhérents. D'autres personnes, plus particulièrement les travailleurs à faibles revenus et les assistés sociaux, sont moins chanceuses. Cette situation est particulièrement prononcée pour les personnes âgées qui ne reçoivent pas le supplément de revenu garanti et pour qui le plafond des primes s'élève à 750 \$ par année.

L'étude révèle également une augmentation des visites à l'urgence et l'hospitalisation des personnes qui consomment des médicaments essentiels. Les assistés sociaux ayant des problèmes psychiatriques se trouvent particulièrement dans une situation précaire et vulnérable. Le rapport Tamblin, que personne n'a contesté, conclut qu'il existe un lien entre le programme et l'augmentation des événements indésirables, les visites à l'hôpital à cause de l'incapacité de suivre les traitements médicalement prescrits.

Nous sommes reconnaissants que le gouvernement ait pris un pas dans la bonne direction lorsqu'il a rétabli la gratuité pour les assistés sociaux ayant des problèmes chroniques et de réintégration dans le marché du travail, mais les propositions faites dernièrement par le ministère mineraient ce progrès. À notre avis, demander aux personnes à faibles revenus d'augmenter leur contribution soit par une augmentation des primes ou par un pourcentage accru du prix des médicaments ne réglerait pas ce problème. Une telle démarche pourrait créer d'autres problèmes de santé pour ces personnes qui sont déjà assujetties aux difficultés financières et qui consomment, en conséquence, moins de médicaments essentiels qu'il le faut. De plus, une telle étape aurait pour effet la création d'un fardeau additionnel pour les hôpitaux et CLSC et institutions communautaires.

Est-ce que le gouvernement a des options pour assurer l'avenir du programme? D'abord, il pourrait revoir

sa politique relativement au plus bas prix des médicaments, ce que vous êtes évidemment en train de faire. Il paraît que le Québec est le seul endroit où le gouvernement ne paie pas systématiquement le plus bas prix pour les médicaments qu'il rembourse. Depuis une dizaine d'années, le Québec accorde aux compagnies pharmaceutiques une protection de 15 ans aux nouveaux médicaments qui peuvent être remboursés à prix fort même si l'équivalent générique, moins coûteux, existe. Il existe également d'autres pistes à examiner, dont la pratique de prescription par des médecins ainsi que la possibilité d'établir un prix de référence pour les médicaments.

En conclusion, voici nos recommandations. Mme la ministre, dans ses remarques, il y a quelques minutes, a posé la question: Comment est-ce que le gouvernement doit-il continuer à supporter les compagnies pharmaceutiques, par l'augmentation des primes ou autrement? C'est une très bonne question. Nous osons essayer de répondre à cette question en disant que cet appui ne devra pas être fait sur le dos des pauvres et des dépourvus. Nous proposons que le régime devrait être gratuit pour toutes les personnes vivant sous le seuil de faibles revenus établi par Statistique Canada;

Qu'avant d'augmenter les primes ou les contributions des bénéficiaires le gouvernement devrait effectuer des études pour établir l'effet d'une telle augmentation. Une augmentation de prime ou de contribution représenterait un frein à l'accessibilité pour les personnes à faibles revenus;

Que le gouvernement devrait examiner sa politique du plus bas prix des médicaments, plus particulièrement quant à la protection à long terme des brevets accordée aux compagnies pharmaceutiques, afin d'établir une politique des médicaments;

Que le gouvernement devrait examiner la possibilité d'établir un prix de référence des médicaments pour permettre aux médecins de prescrire des médicaments moins coûteux sans compromettre la santé du bénéficiaire;

Que le gouvernement devrait collaborer avec les associations professionnelles pertinentes afin d'examiner la pratique de prescription des ordonnances des médecins afin de minimiser la prescription des médicaments inutiles;

Que le gouvernement devrait mettre sur pied des programmes de prévention de l'abus des médicaments. Ce sont les recommandations.

Si le gouvernement veut appuyer les compagnies pharmaceutiques, ce qui serait peut-être un peu louable pour la société québécoise, il serait mieux de le faire par d'autres moyens comme, par exemple, les fonds consolidés, les subventions directes ou par le système fiscal. Pour nous, il est évident que les gens ne bénéficient du programme que dans la mesure où ils consomment les médicaments essentiels pour leur santé, c'est bon pour leur santé et pour la santé de notre système de santé. Il faut absolument que le programme demeure accessible pour tous ceux qui en ont besoin. Au nom du Congrès juif canadien, région du Québec, nous vous remercions de nous avoir accordé cette opportunité de présenter nos préoccupations. Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup de votre présentation, M. Schlesinger. Sans plus tarder, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vous remercie de votre présentation. Je pense qu'elle est empreinte aussi de beaucoup de compassion, et c'est tout à votre honneur, et je pense que c'est heureux qu'il y ait des organismes comme le vôtre qui nous éclairent sur des situations difficiles que peuvent vivre des personnes âgées, entre autres. Et, je vous dirai, si j'avais la possibilité de procéder autrement par rapport aux différentes hypothèses de modification au régime sous l'angle financier, je le ferais. Et les propositions que vous nous faites, elles vont être étudiées au même titre que d'autres propositions qui nous ont été faites, bien entendu, mais le problème auquel on est confrontés, c'est qu'on gère un régime d'assurance. Un régime d'assurance doit être capable de supporter ses coûts s'il veut, évidemment, assumer l'ensemble des risques qu'il couvre, et on se trouve devant la situation où ce n'est pas le cas.

Vous avez remarqué à juste titre que nous avons corrigé, cependant, en cours de route le régime pour soustraire toutes les personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi et qui, donc, maintenant n'apportent plus aucune contribution au régime et peuvent avoir accès tout à fait gratuitement à leurs médicaments. Il faut savoir qu'en faisant cela on a corrigé la situation des personnes qui utilisent des médicaments psychiatriques. On a corrigé la situation de 90 %, finalement, des personnes concernées par l'utilisation de médicaments. En fait, on pourrait le dire autrement, 90 % des médicaments psychiatriques étaient consommés par ces personnes, et donc en enlevant l'obligation qu'elles participent au financement, on a soulagé un grand nombre de personnes et on a corrigé l'essentiel de l'impact négatif sur les personnes à l'aide sociale.

J'aimerais aussi qu'on se redise quand même que le gouvernement, par les fonds généraux de nos impôts, paie quand même à l'heure actuelle 60 % du coût des médicaments des personnes âgées. Donc, la contribution de l'ensemble des personnes âgées au coût de leurs médicaments est de l'ordre de 40 %. Donc, c'est quand même une contribution importante. Évidemment, une fois qu'on a dit ça, on dit: Il reste quand même des cas difficiles, etc., et je pense qu'il faut essayer de voir comment on peut soulager autrement ces personnes, et je comprends très bien votre préoccupation à cet égard.

Une chose que vous soulignez à juste titre et qui est intéressante — on ne l'a pas discutée jusqu'à maintenant, et vous êtes, je pense, les premiers à le faire — quand vous dites que le fait qu'on protège les médicaments par la règle du 15 ans, ça amène aussi évidemment ceux et celles qui participent à l'assurance à payer aussi de leurs propres poches soit une coassurance, soit une... Enfin, c'est surtout la coassurance, si on veut, à ce moment-là, évidemment, qui est plus élevée dû au fait qu'ils doivent payer aussi le médicament qui est plus cher. Alors, ça n'a pas seulement un impact sur la question...

Une voix: ...

Mme Marois: Alors là notre collègue pourra venir tout à l'heure. Alors, on dit: Bien oui, chaque fois qu'une personne achète des produits, un médicament sous ordonnance qui est assujéti à cette politique, c'est évident qu'elle paie un prix plus cher à cause des participations par la coassurance, bien oui. Bien oui. Bon.

• (10 h 40) •

Une voix: Elle a un plafond.

Mme Marois: Oui, elle a un plafond, justement, qui est une bonne politique. Il y a un plafond, mais il reste qu'elle paie davantage. C'est ce que vous soulignez dans votre mémoire, bon, ce qui est un autre argument pour nous éclairer sur la question de la règle du 15 ans. Bon.

Maintenant, à des questions peut-être un petit peu plus précises. Vous appuyez la question du prix le plus bas, est-ce que, sur la question du prix de référence... Vous semblez, selon ce que je peux comprendre, être d'accord avec la perspective du prix de référence. Vous le dites formellement, on dit: On «devrait examiner la possibilité d'établir un prix de référence des médicaments pour permettre aux médecins de prescrire des médicaments moins coûteux sans compromettre la santé du bénéficiaire». Et, vu de votre point de vue, vous ne croyez pas que les bénéficiaires auraient des oppositions à cela ou que ça aurait des effets secondaires nécessairement négatifs?

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Silver.

M. Silver (Richard): Oui. Pour nous, ça représente peut-être une option à étudier. Quand nous avons pris connaissance du rapport du gouvernement déposé le 2 février, les pistes possibles de solution, malheureusement la question du prix de référence ne faisait pas partie de ce document. Et, pour nous, on ne dit pas que c'est la solution, mais plutôt qu'il s'agit d'une possibilité, d'une solution à étudier par le gouvernement.

Mme Marois: D'accord, ça va. Vous dites: «Le gouvernement devrait collaborer avec les associations professionnelles pertinentes afin d'examiner la pratique de prescription des ordonnances des médecins pour minimiser la prescription inutile de médicaments.» Est-ce que vous croyez qu'on devrait même procéder, je dirais, à l'instauration de comités ou d'institutions nouvelles pour nous permettre de faire cela ou vous suggérez que simplement les voies habituelles soient retenues pour le faire?

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Silver.

M. Silver (Richard): Je crois que vous avez deux choix. On peut continuer avec les voies habituelles, que vous connaissez mieux que nous, je dirais, ou on pourrait mettre sur pied des instances pour étudier cette question. Je pense qu'il s'agit surtout d'une décision ministérielle pour étudier la question.

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

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Sans plus tarder, je cède maintenant la parole au député de Valdreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue à la commission parlementaire, et on vous remercie de votre mémoire qui reflète, je pense, la réalité de ce que peuvent vivre les personnes les plus démunies, notamment les personnes âgées, dans votre milieu comme dans d'autres milieux.

Je voudrais peut-être reprendre un élément que vous mentionnez dans votre mémoire lorsque vous dites qu'on voulait... Le gouvernement, en 1996, a mis sur pied le régime notamment pour les personnes âgées et les prestataires de ce qu'on appelle maintenant l'assistance emploi pour économiser 200 000 000 \$. Aujourd'hui, on se retrouve devant une situation où le gouvernement veut financer l'augmentation des coûts des médicaments aussi sur le dos des usagers.

Avant 1996, vous savez, le remboursement était complet, sauf le 100 \$ potentiel pour les personnes âgées. Depuis 1996, je dirais — c'est août 1996, je pense — pour les personnes âgées, il reste que le gouvernement est allé chercher 800 000 000 \$ auprès des prestataires et des personnes âgées, de sorte que, aujourd'hui, le remboursement que le gouvernement effectue pour ces personnes-là a très peu augmenté, le transfert des coûts se faisant sur la clientèle.

Et, si on compare pour l'année présente, 1999-2000, l'année financière du gouvernement, le gouvernement a prévu dans ses crédits 797 000 000 \$, alors que les dépenses réelles de l'an dernier qu'il a assumées étaient de 800 000 000 \$. Et là, vers la fin de l'année, la ministre a dit: Les dépenses vont excéder les crédits. Mais les crédits de cette année étaient moindres que la dépense réelle de l'an dernier. Donc, j'ai l'impression que c'est une façon de dire: Bien, on transfère totalement l'augmentation des coûts de médicaments à ces deux clientèles-là. Et là je distingue le fonds de l'assurance médicaments qui est une autre clientèle. Je pense qu'il faut parler des personnes âgées et des plus démunies. Donc, je pense que c'est important de faire cette distinction-là et de ne pas tout englober dans le déficit, lorsqu'on parle du déficit du régime d'assurance, et de bien distinguer un volet qui est plus social, celui des personnes âgées, les prestataires d'assistance emploi et l'autre volet.

Deuxièmement, ce que vous mentionnez comme des exemples de restriction à l'accessibilité aux médicaments — et vous donnez des points concrets — a été confirmé par un mémoire que nous avons vu hier par l'Association des hôpitaux du Québec qui a fait exactement le même constat et qui, en plus de l'accessibilité même aux médicaments pour soigner une maladie, indiquait que ça avait un impact aussi sur les activités de loisir des personnes âgées. Ils mentionnaient que les conséquences pour certaines personnes se sont traduites par une réduction des activités de loisir et

avec un impact sur le niveau d'activité physique, qui contribue au maintien de l'autonomie, de même qu'un impact sur le bien-être psychosocial. Je pense que ça converge avec ce que vous mentionnez.

Donc, pour vous, toute augmentation de contribution pour les prestataires de l'assistance emploi et les personnes âgées contribuerait, d'après ce que vous vivez, à réduire encore davantage l'accessibilité aux médicaments, donc, pour que les personnes puissent se soigner?

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Boro.

M. Boro (Jeffrey K.): Alors, la réponse est très claire, c'est très difficile pour les personnes qui ont peut-être beaucoup d'argent de comprendre le problème des pauvres. Il faut, des fois, vivre ce problème-là pour le comprendre. Les choix, ils les font à toutes les semaines entre: Est-ce que je vais acheter du beurre ou est-ce que je vais acheter des pilules? Alors, quand vous avez une très petite source de fonds, c'est bien clair que vous faites le choix des fois. Et puis l'augmentation des primes fait en sorte que ces personnes-là doivent prendre une autre partie de leur budget pour payer cette partie-là.

Les politiciens, peut-être qu'ils se disent: Bien, 150 \$ de plus, ce n'est pas beaucoup. Mais, pour les personnes qui vivent au seuil de la pauvreté, c'est beaucoup et ça risque que, bon, la personne ne va pas payer son médicament, ne va pas le prendre, et, à long terme, cette personne-là, comme nous le soulignons dans notre rapport, va finir par être dans nos hôpitaux, et ça va nous coûter, tous les contribuables, beaucoup plus d'argent.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. Boro. Je cède maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Et merci au Congrès juif canadien pour votre excellente présentation et votre travail dans la communauté. Je voudrais vraiment vous féliciter pour le travail. En passant, il faut que je vous félicite pour votre choix pour le directeur des relations communautaires.

J'ai bien lu votre présentation, et il y a quelques chiffres qui ont vraiment sauté dans la page, c'est le 31 % de la communauté juive qui vit dans la pauvreté. Je sais que vous et le réseau de groupes communautaires juifs êtes tellement bien branchés dans la communauté. Je voudrais savoir si vous pouvez chiffrer ou donner des exemples précis de l'impact du programme d'assurance médicaments sur vos membres. Est-ce que vous avez eu des demandes d'aide? Je sais que dans ma communauté nous avons eu des demandes d'aide. C'est quoi, l'impact? Je sais que vous avez parlé de ça, vous avez mentionné le rapport Tamblyn, je voudrais, juste sur le plan pratique du quotidien, là... Qu'est-ce que vous avez entendu comme impact négatif, pervers sur la qualité de vie de vos membres?

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Schlesinger, s'il vous plaît.

M. Schlesinger (Frank): Malheureusement, je n'ai pas de chiffres pour vous, et c'est très difficile à quantifier, mais je peux vous dire que, entre autres à L'Hôpital juif, il y a des gens qui viennent à l'urgence parce qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments puis qu'ils n'ont pas pu se permettre de les acheter. Je sais que les instances communautaires reçoivent des appels des gens qui disent: Écoutez, je ne peux pas acheter mes médicaments ce mois-ci, est-ce que vous pouvez me prêter de l'argent? Et, malheureusement, nos institutions communautaires ont des budgets, et on n'a pas les ressources pour financer les médicaments de nos citoyens, de nos contribuables ou des gens de la communauté.

Alors, on sait pertinemment que ça arrive sur une base quotidienne que les gens appellent: Y a-t-il d'autres sources de financement? Est-ce qu'il y a d'autres moyens que je peux avoir de l'argent? Parce que je ne peux plus acheter mes médicaments. Alors, déjà on a cette situation, et, si on augmente les primes ou les montants à payer pour les médicaments, ça va devenir encore pire.

• (10 h 50) •

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, monsieur. M. le député, maintenant, de Verdun.

M. Gauthrin: Merci, M. le Président. Je ne voudrais pas lancer une polémique avec la ministre actuelle, mais je pense qu'elle se trompait lorsqu'elle faisait l'analyse sur la coassurance — je pense qu'on aura le temps de débattre ça à un autre moment — parce que, malgré tout, regardez, M. le Président, c'est que les gens auront toujours le choix de pouvoir prendre le médicament qui n'est pas le médicament générique, et il y a cette différence qui sera comblée éventuellement par la coassurance à ce moment-là.

Moi, je voudrais aborder la question, parce que j'ai un peu de difficulté avec votre mémoire. Autant je suis sensible et je partage votre point de vue quand vous dites: Il faut qu'on soit plein de compassion et qu'on tienne compte à l'heure actuelle des gens qui sont les personnes âgées et les personnes qui sont à faibles revenus et qui ne peuvent pas payer, autant j'ai de la difficulté avec certaines des solutions que vous présentez.

Pour moi, la situation, elle semble extrêmement claire. Il y a, d'une part, le marché. Le marché, c'est celui qui produit les médicaments sur lesquels, moi, je crois que le gouvernement ne doit pas intervenir. Je dis ma position personnelle: il ne doit pas intervenir. Ensuite, j'ai un régime d'assurance, et encore, dans un régime d'assurance, je pense qu'on doit arriver à la réalité des coûts et je me permets de dire: Strictement la démographie va faire en sorte que les coûts vont augmenter considérablement à moyen terme à ce niveau-là et qu'il doit être en mesure de s'autofinancer. Ensuite, on a une politique sociale, et, là je vous rejoins tout à fait, dans la politique sociale, on doit faire en sorte que les personnes les plus démunies, qu'elles soient soit sur l'aide sociale, soit les personnes âgées, soient en mesure de pouvoir bénéficier des produits de

l'assurance, c'est-à-dire soit qu'on paie leurs cotisations complètement, soit qu'on soit en mesure de soutenir en partie leurs cotisations.

Mais, pour moi, les trois choses sont séparées, et j'ai l'impression que, dans votre mémoire, elles ne le sont pas. Vous arrivez même à avoir une intervention sur le marché au niveau de la période de cinq ans, ce que, moi, je ne ferais pas. Je pourrais débattre avec vous si j'avais beaucoup plus de temps, vous dire que les médicaments peuvent augmenter considérablement s'il n'y a pas ce soutien à l'industrie pharmaceutique, mais je ne le ferai pas avec vous. Vous voyez la position? Et je n'ai pas l'impression que vous la partagez, à mon point de vue, actuellement.

Le Président (M. Labbé): M. Schlesinger.

M. Schlesinger (Frank): Mais on parlé dans notre présentation de portrait large. Quant à nous, que ce soit un régime d'assurance ou que ce soit un autre animal, ce n'est pas ça qui est important. L'important, c'est l'aspect social. On ne veut pas instaurer un système de taxation régressif à Québec, et c'est ça qu'on est en train de faire ici. Parce que, si on dit: Au lieu de taxer les gens par le système fiscal pour financer un programme social, on va, par contre, faire payer les pauvres, ça équivalait à changer le système fiscal pour charger les pauvres.

M. Gauthrin: Alors, je suis d'accord avec vous. Donc, essentiellement, on partage le même point de vue sur l'importance que ça, c'est au niveau de la politique sociale, et on doit avoir cette approche-là. Je partage ce point de vue là. J'avais mal compris, excusez-moi.

Le Président (M. Labbé): Ça va? Alors, Mme la ministre, s'il vous plaît.

Mme Marois: Merci, M. le Président. J'ai compris cependant que notre collègue le député de Verdun était d'accord pour que le régime d'assurance s'autofinance, ce qui est le propre d'un régime d'assurance.

M. Gauthrin: Mais je ne suis pas un imbécile. Enfin, à moins que vous le pensiez.

Mme Marois: Non, non. Je n'aurais jamais dit ça. D'ailleurs, je ne le pense pas, donc rassurez-vous. Ha, ha, ha!

M. Gauthrin: ...tout régime d'assurance doit s'autofinancer...

Mme Marois: Bien, voilà, c'est le principe de...

M. Gauthrin: ...c'est un principe de base, voyons donc!

Mme Marois: Bon. Je veux revenir sur la question des personnes âgées. C'est sûr, et vous avez raison, quand

quelqu'un a un petit revenu, toute contribution qu'on lui demande, évidemment, l'amène à devoir faire des choix, et on ne voudrait pas qu'on pénalise ainsi les personnes quand elles doivent faire des choix et qu'elles ne puissent pas avoir accès à des médicaments. Mais, en même temps, vous comprendrez que ce qu'on a tenté de faire avec le régime justement, c'est de faire en sorte que la contribution soit la plus basse possible. Et, dans les différents scénarios, on protège encore les plus bas revenus comme les plus bas revenus des personnes âgées, parce qu'on est d'accord aussi qu'il faut avoir un régime... On n'est pas d'accord avec un régime régressif, on est d'accord avec un régime progressif, et, en ce sens-là, même le régime, on peut trouver qu'il ne l'est pas assez si on veut. Mais il reste que, moi, ce n'est pas l'âge qui doit faire la différence entre: Je paie mes médicaments ou je ne les paie pas, mais c'est le revenu. On se comprend bien? Et, si on a un haut revenu, même si on a 67 ans, 70 ans, je pense que, si on a les moyens de contribuer, on doit le faire. C'est une simple question, justement, d'équité en ce sens-là.

Donc, on a protégé, bien sûr, les gens à très faibles revenus, soit ceux qui sont... Même ceux à l'aide sociale avec contraintes sévères à l'emploi sont complètement exclus, dans le sens où ils ne paient pas de contribution, c'est complètement gratuit. Et, quant aux autres prestataires, les plafonds sont bas, à 16,66 \$ de contribution mensuelle, et c'est vrai pour les personnes âgées qui reçoivent aussi le maximum au supplément au revenu garanti. Il y a une hausse un peu plus importante, quand même, pour celles qui ont un SRG, un supplément de revenu garanti partiel.

Et, dans les différents scénarios, on essaie d'éviter... Un des scénarios, entre autres, à partir du moment où on touche à la prime, mais qu'ils n'en paient pas, ça ne les concernerait pas. Donc, ils continueraient d'avoir un paiement qui est très bas même si, pour certains, il peut venir gruger une partie, évidemment, de leurs ressources, je le comprends bien. Mais, en même temps, si on ne contribue pas tous d'une façon ou d'une autre à ce régime, on va finir par l'échapper, et c'est ça, ma crainte et c'est ce que je ne voudrais surtout pas qu'il arrive parce que je pense qu'il y a des gains et des gains importants.

Je veux revenir sur deux cas. Je veux vous entendre, bien sûr, mais je veux revenir sur deux cas que vous soulevez dans votre mémoire. Et, je vous dirais, j'ai été un petit peu étonnée de les lire à la page 9 parce que nous avons formellement envoyé des directives dans les hôpitaux. Vous soulevez un cas où vous mentionnez qu'une personne avait besoin d'un médicament qui devait lui être administré à l'hôpital une fois par semaine, et on dit: J'ai cependant dû aller l'acheter à la pharmacie. Et, normalement, ça ne devrait pas se faire, je vous le dis. Et, à ce moment-là, je pense, la personne a des recours, et on va préciser, nous, nos directives.

D'ailleurs, dans l'examen général du régime, il y a un ensemble d'actions que nous allons mener suite à l'évaluation du régime, suite à l'éclairage qui nous est

amené par vos contributions. De la même façon que le deuxième cas, si c'est une personne qui est hébergée en centre d'hébergement et de soins de longue durée, elle ne paie pas ses médicaments. Normalement, l'institution doit fournir le médicament. Alors, je le mentionne parce que ce sont des préoccupations qu'on a, et même le fait que certains médicaments auxquels les personnes n'ont pas accès qu'on appelle les médicaments essentiels et qui peuvent seulement être...

Une voix: Non prescrits.

Mme Marois: Non prescrits, c'est ça. Actuellement, on est en train de faire une étude sur cette question-là pour voir comment mieux les couvrir. Alors, c'étaient quelques commentaires. Je vois que vous vouliez intervenir.

Le Président (M. Labbé): M. Silver.

M. Silver (Richard): Juste une intervention. Je suis d'accord avec vous, Mme la ministre. Quand j'ai pris connaissance de ces deux exemples, ça m'a étonné. Par contre, nous avons pris ces citations dans une étude effectuée par une de nos agences juives à Montréal pour illustrer que peut-être, même si ces choses ne devraient pas se produire, la réalité, ce n'est pas nécessairement pareil.

Mme Marois: ...vous avez raison. Alors, ça va, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): ...il vous reste quatre minutes.

M. Marcoux: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Je voudrais peut-être simplement revenir sur quelques propos de la ministre pour bien clarifier les choses. La ministre a dit: On ne veut pas échapper le régime. Je pense qu'il faut bien être conscient que, pour les clientèles les plus démunies, les personnes âgées, les prestataires d'aide sociale, depuis 1996, l'augmentation du coût des médicaments a été supportée presque entièrement par les participants à ce régime-là. Ça, je pense qu'il faut en être bien conscient.

● (11 heures) ●

Et, deuxièmement, rappeler que cette année, au début de son année financière, la ministre prévoyait dépenser moins que la dépense de l'an dernier pour le remboursement des médicaments des personnes âgées et des prestataires de l'aide sociale. Pourtant, l'augmentation du coût des médicaments, ce n'est pas récent, ça fait 15 ans qu'on voit l'augmentation du coût des médicaments. Donc, d'arriver à la fin de l'année et de dire qu'à cet égard-là il y a un déficit, c'est que, pour cette partie où le

gouvernement doit normalement rembourser les coûts, il a prévu de geler ses dépenses et de dire: Bien, on va transférer — puis par différentes hypothèses de contribution, d'augmentation de contribution — l'augmentation des coûts aux bénéficiaires. Je pense que c'est...

Et, donc, ce que vous soulignez, c'est qu'une augmentation de la participation viendra restreindre encore davantage l'accessibilité aux médicaments. Et, vous savez, ce n'est pas nouveau. Je pense qu'en 1996 mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce, dans le temps, disait: «Je ne peux que déplorer une mesure gouvernementale largement fiscale — et vous y avez fait allusion tantôt — dont l'effet serait d'obliger les membres les plus démunis de notre société à faire un choix entre manger et prendre des médicaments.» Et je comprends que, pour une clientèle, ça a pris deux ans et demi, presque trois ans avant que le gouvernement reconnaisse, suite au rapport Tamblyn, qu'il y avait un réel problème. Mais cependant le rapport Tamblyn indique qu'il y a encore des problèmes qui demeurent d'accessibilité aux médicaments, malgré cette correction qui a été apportée en 1999.

Je voudrais rajouter également que d'autres mesures fiscales aussi sont venues réduire le revenu net des personnes âgées et des prestataires de l'assurance emploi au cours des dernières années. Et la FADOQ y a fait référence hier, justement. Et c'est pour ça qu'elle a dit, je pense, la FADOQ: Écoutez, on ne voudrait pas que le gouvernement examine uniquement l'aspect financier, mais qu'il refasse ses devoirs et revoie l'ensemble des composantes de la santé avec l'aspect médicaments à l'intérieur de ça. Alors, je voulais simplement clarifier un peu certaines impressions qui pouvaient être laissées.

Le Président (M. Labbé): Alors, un commentaire...

M. Schlesinger (Frank): Est-ce que je peux ajouter un petit, petit point?

Le Président (M. Labbé): Très court, M. Schlesinger.

M. Schlesinger (Frank): Très court. C'est que, quand on parle d'autofinancement d'un régime d'assurance, on peut peut-être le comparer avec la Société de l'assurance automobile du Québec, on peut dire que le régime doit s'autofinancer, la différence, c'est qu'on a le choix d'acheter une automobile ou pas. On n'a pas le choix d'avoir des médicaments.

Le Président (M. Labbé): Merci de votre commentaire. Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, merci, M. le Président. Non, vous avez tout à fait raison. Et c'est ça, notre dilemme, dans le fond, c'est d'essayer de préserver un régime, faire en sorte qu'il reste accessible et qu'il soit assuré de sa pérennité pour qu'on puisse continuer à conserver ses

bienfaits sans que le coût soit trop élevé pour les personnes à bas revenus. C'est le défi qu'on a à relever puis la solution qu'on a à trouver.

Je veux revenir sur quelques commentaires qu'a faits notre collègue d'en face. Je trouve que c'est un peu injuste de dire qu'on s'est traîné les pieds. Tamblin a remis son rapport officiellement au début de 1999. Nous avons eu des rapports préliminaires à l'automne...

M. Marcoux: ...

Mme Marois: Attendez un peu, là. On a eu un rapport préliminaire coulé dans les journaux en novembre 1998. Le rapport préliminaire, nous l'avons eu officiellement en mars. Nous avons pris la décision — on s'excuse, messieurs — en juin. On a pris la décision en juin, il me semble que ce n'est pas se traîner les pieds beaucoup, là. Mars, avril, mai, juin. Entre le moment où nous savons et celui où nous prenons la décision, il y a quatre mois. Je trouve que c'est pas mal pour des coûts considérables. Évidemment, vous le savez.

Une voix: ...

Mme Marois: Et, quant au fait que le régime, nous avons fait des économies, on avait prévu qu'il nous coûte moins cher — pas le régime comme le coût général de notre contribution, comme gouvernement, aux médicaments — il faut savoir qu'il y a un dépassement — on le sait déjà depuis un bon moment — de 130 000 000 \$. Et nous n'avons pas voulu justement faire de compressions dans le régime, sachant qu'il nous apparaissait important d'en faire l'évaluation avant d'en modifier certains des paramètres ou même de modifier la contribution gouvernementale et que ça ne se fasse pas au détriment des patients et des malades qui avaient besoin d'avoir accès au régime d'assurance médicaments. J'ai malheureusement fini tout mon temps.

Le Président (M. Labbé): Oui.

Mme Marois: Mais je vous remercie de votre contribution et, je dirais, de l'effort que vous avez fait de nous présenter concrètement ce que ça peut signifier pour des gens parfois d'être aux prises avec de telles décisions.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Alors, M. Schlesinger, M. Boro et M. Silver, merci de votre présentation.

J'inviterai sans plus tarder le Conseil de la santé et du bien-être à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Parfait. Si vous voulez bien prendre place.

Alors, sans plus tarder, nous allons maintenant demander à Mme Morais de présenter les personnes qui l'accompagnent. La règle est toujours la même, c'est 15 minutes pour présenter votre mémoire comme tel, et les

deux partis ont 15 minutes chacun pour intervenir et commenter votre mémoire. Alors, sans plus tarder, Mme Morais, je vous souhaite la bienvenue et je vous invite à présenter votre mémoire.

Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)

Mme Morais (Hélène): Merci, M. le Président. Alors, je vous présente les deux personnes qui m'accompagnent, M. Jean-Bernard Trudeau, qui est vice-président du Conseil, et M. Christophe Auger, qui est membre du Conseil. Mon nom est Hélène Morais.

M. le Président, Mme la ministre, Mmes et MM. membres de cette commission, je tiens d'abord à vous remercier au nom du Conseil de la santé et du bien-être de l'occasion qui nous est donnée de nous exprimer dans le cadre de cette commission parlementaire. Rappelons que la mission du Conseil est de fournir des avis à la ministre de la Santé et des Services sociaux et d'informer le public sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Le Conseil a déjà manifesté clairement son appui à la création d'un régime offrant aux Québécois et aux Québécoises un accès équitable et raisonnable aux médicaments. La mise en place d'un tel régime était une nécessité, on en convient tous. Aussi, sa création nous apparaît comme une initiative certes parfaite mais heureuse, et les résultats sont déjà connus notamment quant au nombre accru de personnes qui sont protégées par le régime et qui peuvent avoir accès à l'assurance médicaments.

Les analyses et les réflexions du Conseil nous conduisent à suggérer trois principales pistes de réflexion dans le cadre de la révision du régime général d'assurance médicaments: la première porte sur l'amélioration de l'utilisation des médicaments; la seconde vise à accroître l'intégration des médicaments dans l'ensemble thérapeutique, l'ensemble des services; et la troisième vise un financement équitable des coûts du régime.

Donc, la première partie, pour améliorer l'utilisation des médicaments. Le Conseil partage la nécessité et la préoccupation de maintenir un régime d'assurance médicaments efficace dont les coûts sont raisonnables. Nous sommes aussi conscients de l'importance des coûts et de l'importance de l'évolution des coûts. Le rapport d'évaluation du régime nous indique une augmentation de coûts globaux de plus de 15 % par année en raison à la fois de l'augmentation du nombre de personnes qui se sont prévalues du régime et du coût des traitements médicamenteux.

Comme le mentionne aussi le rapport d'évaluation, l'augmentation de ces coûts résulte d'une dynamique de développement de la thérapie médicamenteuse. Cela sous-tend notamment que les praticiens recourent davantage aux médicaments pour traiter leurs patients, qu'ils traitent davantage de personnes de cette manière et qu'ils cherchent à profiter davantage du développement de nouvelles molécules. Malgré cette forte croissance, il demeure possible d'influer sur certains des facteurs qui

contribuent à l'augmentation des coûts. Les mesures additionnelles proposées par le gouvernement, par le ministère, notamment l'application intégrale du prix le plus bas et l'instauration du prix de référence contribueront sans doute à mieux contrôler les coûts.

Le Conseil est toutefois d'avis qu'il convient d'aller plus loin. Il formule à cette fin les deux recommandations suivantes. La première vise à se soucier davantage de l'utilisation qui est faite des médicaments de nécessité médicale. Il apparaît clair que cette utilisation est souvent non appropriée ou inadéquate, tant de la part des médecins qui les prescrivent, des pharmaciens qui les offrent que des personnes qui les consomment. Je pense que les participants à cette commission ont à plusieurs reprises illustré cette problématique.

Le Conseil partage la recommandation d'accentuer les revues d'utilisation des médicaments. Il souhaite par ailleurs que le ministère et différents organismes professionnels soutiennent le développement et la diffusion d'outils d'information permettant aux médecins et aux pharmaciens d'assurer un suivi rigoureux des personnes qui reçoivent des ordonnances. Il espère également le développement et la diffusion d'outils d'aide à la décision médicamenteuse à l'intention des médecins.

• (11 h 10) •

Deuxièmement, et ce sont des sujets qui ont été débattus, qui sont au coeur de la question, le prix des médicaments constitue un facteur important de la croissance des coûts des médicaments de nécessité médicale. La question apparaît suffisamment préoccupante pour réitérer la recommandation formulée antérieurement à la commission parlementaire par le Conseil au moment de la création du régime public. Le Conseil demandait alors à la commission parlementaire de réaliser un débat, de tenir des audiences sur les facteurs de croissance des prix des médicaments et sur l'impact économique des mesures de contrôle des prix. Il s'agit aussi de préoccupations qui sont présentes ici. Notre question est de faire en sorte de jeter un peu plus de lumière sur la question des prix, qu'est-ce qui constitue les prix, et que ce débat-là soit davantage ouvert.

Le deuxième point, le deuxième groupe de propositions vise à accroître l'intégration des médicaments à l'ensemble thérapeutique. Un commentaire et deux recommandations à cet effet-là. Les médicaments de nécessité médicale font partie de l'arsenal thérapeutique disponible, tant au sein des institutions du système de services de santé, à l'hôpital particulièrement, qu'à l'extérieur, pour soutenir le développement des services ambulatoires. Dans le processus de prestation des services en différents lieux, donc quand les personnes sont à domicile ou en institution, il se produit une dynamique de transfert de responsabilités et de coûts entre les composantes du système, incluant les consommateurs. Toutefois, il n'existe pas de moyens qui permettent de tirer les meilleurs bénéfices de ces transferts ou/et d'en prévenir les effets négatifs. Par exemple, si les médicaments ont entraîné une hausse de 42 % des coûts des médicaments pour traiter les maladies cardiovasculaires, se pourrait-il que ces médicaments aient contribué

par ailleurs à une réduction significative de dépenses institutionnelles et à une amélioration des conditions de vie de ces personnes? Je pense que poser la question, c'est y répondre.

Le rapport d'évaluation du régime mentionne que l'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé par une réduction notamment des services hospitaliers. Pour être complète, disent-ils, l'analyse de la croissance des coûts du programme des médicaments doit être effectuée dans ce contexte. Nous partageons cette préoccupation. Nous sommes aussi attentifs à une affirmation du rapport national sur la santé qui avance aussi la possibilité que les coûts totaux peuvent décroître même si ceux des gouvernements augmentent. Il nous apparaît important aussi d'apporter davantage de lumière sur l'ensemble de cette dynamique. Également, on est conscients que des complications consécutives à une mauvaise utilisation des médicaments ou le fait de pouvoir disposer gratuitement des médicaments à l'hôpital et non à domicile peuvent accroître le recours à l'hospitalisation, à des services plus coûteux et ainsi conduire à une augmentation des coûts d'ensemble.

Notre système de services s'est développé sous l'influence de régimes distincts d'assurance implantés graduellement: l'assurance hospitalisation, l'assurance maladie, l'assurance médicaments, et nous en profitons tous de façon positive. Toutefois, ces programmes ont contribué à façonner les pratiques et les modes d'organisation actuels des services. Leur cloisonnement budgétaire et administratif encourage peu la recherche des solutions les plus efficaces et les plus économiques. Leur décloisonnement apparaît particulièrement souhaitable si l'on désire favoriser un développement de la thérapie médicamenteuse qui soit davantage intégré à l'ensemble thérapeutique des services de santé et des services sociaux.

À cet égard, le Conseil réitère deux recommandations qu'il a déjà formulées pour une intégration accrue des médicaments dans l'ensemble de la dynamique des services. Premièrement, il croit que le regroupement des budgets dédiés aux assurances qui forment le squelette de notre système de santé et de services de santé permettrait des gains substantiels, tant financiers qu'à l'égard de la qualité des services offerts. Le Conseil réitère donc sa recommandation de procéder à l'intégration des budgets de ces régimes.

Deuxièmement, le Conseil a déjà manifesté fermement son appui à une décentralisation des pouvoirs publics dans le secteur des services de santé et des services sociaux. À son avis, la manière la plus efficace d'améliorer la qualité des services et d'en réduire les coûts consiste à allouer un budget global à une instance responsable de la population d'un territoire et de lui laisser prendre les décisions nécessaires sur le terrain quant au choix des moyens à l'intérieur de paramètres clairs fixés au niveau central. Un tel scénario sous-tend l'intégration au sein de cette enveloppe du budget consacré à l'assurance médicaments.

Notre troisième point porte sur un financement équitable de l'assurance médicaments. Deux commentaires

et une proposition pour maintenir le principe d'équité du régime d'assurance médicaments. Le premier commentaire porte sur le partage des risques. On sait que les médicaments font partie de l'arsenal thérapeutique, les médicaments de nécessité médicale, et qu'ils sont considérés comme des biens pour lesquels l'État offre légitimement une couverture d'assurance directement ou par l'entremise d'assureurs privés.

Le risque d'avoir à acheter des médicaments de nécessité médicale, on le sait, est un risque que l'on souhaite voir partagé entre tous les Québécois et les Québécoises, comme le risque de requérir des services de santé, d'avoir besoin de voir un médecin, des services sociaux ou d'être hospitalisé. Ce risque, naturellement plus important pour les personnes moins fortunées ou moins en santé, fait volontairement l'objet d'une redistribution. Nous comprenons que l'intention qui présidait à la création du régime québécois d'assurance médicaments était de redistribuer le risque devant lequel nous placent la pauvreté et la maladie au nom de principes d'équité, de solidarité et de justice sociale.

La question n'est pas de savoir si la population québécoise doit ou non payer les frais liés à l'achat des médicaments de nécessité médicale, la population assume déjà cette facture. Nous la payons tous déjà collectivement sinon individuellement, que ce soit de nos poches à la pharmacie, par le biais d'un programme privé offert par notre employeur, par nos impôts ou autrement. La question à se poser est bien davantage celle de l'équité dans la répartition de cette facture. Le régime mis en place réussit-il une répartition équitable des coûts engendrés par l'achat de médicaments de nécessité médicale? Il nous est permis de douter de cette question de l'équité.

Le régime devait faciliter l'accès aux médicaments aux personnes pour qui les coûts de ceux-ci, en raison de leur état de santé et de leur précarité financière, constituent un fardeau important. C'est le risque qui affecte particulièrement ces personnes que le régime doit atténuer, on est tous d'accord. Toutefois, plutôt que de répartir ce risque entre tous les Québécois et les Québécoises, le régime regroupe les personnes les plus vulnérables, il préserve une couverture privée pour les personnes qui en bénéficient déjà davantage, celles qui disposent d'une meilleure capacité de payer ou d'un meilleur état de santé, et offre une couverture publique aux autres. On est loin d'un partage équitable du risque.

Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant qu'on en vienne rapidement à la conclusion que le régime public ne peut pas avoir une autonomie financière. Comment le pourrait-il s'il regroupe les personnes qui présentent les risques les plus élevés? Vouloir régler les difficultés financières du régime public en augmentant les primes, la franchise ou la coassurance des adhérents équivaldrait, selon nous, à faire payer davantage les personnes qui présentent les risques les plus élevés. Une telle approche ne va pas dans le sens de la recherche de l'équité, selon nous.

Un second commentaire relatif au financement équitable porte sur la tarification et la coassurance. De

telles mesures peuvent freiner l'accès aux médicaments des adhérents, particulièrement des plus vulnérables. Même si des corrections importantes ont été apportées, et nous le reconnaissons tous, la difficulté demeure présente à l'intérieur du régime. La tarification et la coassurance sont aussi reconnues comme des mesures non efficaces pour réduire les coûts. Appliquées aux services médicaux, on sait que des études ont démontré qu'elles réduisent à court terme la consommation, mais celle-ci revient à son niveau antérieur après quelque temps.

Cependant, le report de consultation que la tarification et la coassurance occasionnent peut se traduire par une aggravation de l'état de santé des personnes dans la mesure où elles freinent aussi la consommation de traitements efficaces. Si elles entraînent une réduction des dépenses publiques à court terme, elles provoquent à moyen terme une augmentation des dépenses publiques et des dépenses totales.

En somme, le Conseil estime que la tarification et la coassurance doivent être abandonnées surtout pour des raisons d'équité mais aussi pour des raisons d'efficacité. Il considère qu'il s'agit là d'un autre pas à franchir pour accéder à un véritable programme de sécurité sociale.

Le Conseil propose donc la mise en place — et c'est le dernier scénario qui était parmi les scénarios à l'étude — d'un régime unique auquel adhèrent tous les Québécois et les Québécoises. La gouverne de ce régime serait confiée à l'État québécois parce qu'il convient de s'assurer qu'il réponde bien aux objectifs de protection sociale qui sont poursuivis.

• (11 h 20) •

En guise de conclusion — je vais rapidement — les médicaments, on le sait, font désormais partie de l'ensemble thérapeutique, comme les services médicaux ou les services hospitaliers. On sait qu'au Canada tout récemment, les coûts des médicaments viennent de dépasser de quelques dixièmes de 1 % les coûts des services médicaux. Le Conseil croit que l'État doit poursuivre la réalisation d'un ensemble de mesures pour assurer une accessibilité appropriée et équitable aux médicaments et pour en contrôler l'évolution des coûts non seulement pour les coûts du gouvernement, mais pour l'ensemble de la société québécoise.

Trois pistes ont été proposées: améliorer l'utilisation des médicaments et questionner le prix des médicaments, ce qui interpelle les compagnies pharmaceutiques, les professionnels de la santé, les administrateurs; accroître l'intégration des médicaments à l'ensemble thérapeutique en intégrant les régimes publics d'assurance et en responsabilisant les acteurs sur le terrain; éliminer les mesures qui risqueraient de pénaliser les plus vulnérables et créer un régime unique d'assurance médicaments pour que les Québécois et les Québécoises partagent le risque équitablement. Je vous remercie, M. le Président, de votre attention.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Morais, je vous remercie pour votre présentation. Sans plus tarder, je vais céder la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Alors, je souhaite la bienvenue au Conseil. Ça me fait plaisir de vous entendre ce matin. Je vais reprendre un certain nombre des recommandations que vous faites pour essayer d'aller un petit peu plus loin sur ce qu'on pourrait faire autrement ou différemment. D'entrée de jeu, je voudrais reprendre votre première recommandation, qui vient appuyer d'ailleurs une avenue que nous pensons devoir développer. Mais j'aimerais que vous me disiez un peu comment vous verriez cela, étant entendu qu'il y a le respect de la liberté d'action professionnelle, mais qu'en même temps je me dis qu'il faudrait peut-être qu'il y ait un peu plus de dents aux moyens qu'on utilise.

Dans le cas de la revue d'utilisation des médicaments, vous dites, à la page 2 de votre présentation, Hélène: «Premièrement, il y a lieu de se soucier davantage de l'utilisation qui est faite des médicaments de nécessité médicale. Il apparaît clair que cette utilisation est souvent inadéquate, tant de la part des médecins qui les prescrivent, des pharmaciens qui les offrent que des personnes qui les consomment.» Alors, quels types d'outils envisagez-vous et comment voyez-vous notre action à cet égard?

Le Président (M. Labbé): Mme Morais.

Mme Morais (Hélène): Vous permettez, je vais laisser la parole à M. Trudeau.

Le Président (M. Labbé): Oui, madame. M. Trudeau.

M. Trudeau (Jean-Bernard): Bonjour!

Mme Marois: Bonjour!

M. Trudeau (Jean-Bernard): Écoutez, je pense que, pour répondre à ça, il faut qu'au niveau du terrain les médecins — je suis moi-même médecin, pour ceux qui ne le savent pas — on a besoin d'outils informatisés, on a besoin d'outils qui vont être pratiques et qui vont nous mettre au fait des nouvelles technologies pas seulement non médicamenteuses, mais aussi médicamenteuses. On le sait, ça évolue très rapidement, puis il y a des choses de base auxquelles il faut revenir. Et il faut, de façon continue, rappeler aux médecins, au niveau des prescriptions, des principes de base.

Je vais vous donner un exemple très simple par rapport aux personnes âgées. On sait qu'à partir du moment donné où on prescrit quatre ou cinq médicaments à une même personne, on commence à perdre au niveau de l'efficacité du médicament, même des nouveaux médicaments qui pourtant sont reconnus pour des problèmes d'effets secondaires moindres. On perd de l'efficacité, il y a des problèmes d'interaction médicamenteuse qui s'ajoutent, il y a des effets secondaires qu'on ne contrôle pas. Et pourtant je suis convaincu que, si on faisait un recensement, on verrait qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui prennent plus que cinq médicaments au Québec. Et ça, c'est des principes de base. Mais il y a toute une formation, il y

a un suivi qui est à faire, et tout ça, ça pourrait se faire à travers des outils d'aide. Je pense à la décision médicale, mais aussi aux autres professionnels, c'est inévitable.

Les revues d'utilisation de médicaments, vous savez, il y a beaucoup de CMDP, il y a beaucoup d'établissements qui en font, mais ce n'est pas systématique. Il y a aussi toute une revue d'utilisation de médicaments qui se fait au niveau provincial, mais ce n'est pas assez systématique, ce n'est pas ancré encore dans nos cultures. Et ça doit être présent. Ça doit être présent non seulement au niveau de la formation puis de l'information, mais il faut qu'il y ait un suivi continu par rapport à ça. Et ça, il faut que ça se fasse sur le terrain, il faut responsabiliser le terrain par rapport à des principes de base.

Moi, je pense qu'il faut revenir à des principes de base par rapport à ça. Mais, il faut le dire, au niveau médical, il y a toutes sortes de pratiques qu'il faut revoir, il faut revoir ça dans son ensemble. Mais il faut travailler sur le changement des pratiques, que ce soit au niveau des médecins comme au niveau des autres professionnels. Et je pense qu'il faut éviter jusqu'à un certain point de refaire les erreurs, de penser qu'en changeant des structures on va changer des pratiques.

Il faut s'adresser aux changements de pratique. Et s'adresser à ça, c'est à travers la formation continue, c'est à travers des outils d'aide à la décision médicale. Et on a des plateaux informatiques qui permettent ça. C'est sûr que ça demande des investissements, mais c'est comme ça qu'on va changer des pratiques et c'est comme ça que les structures vont suivre, au lieu de faire l'inverse.

Et il y a des outils au niveau régional qui sont en train de se mettre en place. Il y en a déjà existants. Moi, je parle pour le côté médical. Il y a des commissions médicales régionales. Il y a des départements régionaux de médecine générale qui s'en viennent. Il y a des arrimages qui sont offerts. Et certainement que ces instances-là pourraient être sollicitées en termes de formation, du suivi et puis de revenir à des principes de base mais tout en permettant de s'ajuster aux nouveaux médicaments, qui sont très utiles, qui apportent énormément.

Moi, je travaille en psychiatrie, je sais, avec les nouvelles molécules, comment on vient éviter des hospitalisations, on vient éviter des réhospitalisations, et c'est bien démontré. Sauf qu'à partir du moment donné où on prescrit plus que quatre ou cinq médicaments on vient perdre l'effet de cette nouvelle molécule, et ça, c'est inacceptable, il faut corriger ça.

Mme Marois: C'est ça. Non, mais je pense que c'est très intéressant, ce que vous soulevez là. C'est revenu dans plusieurs autres mémoires, et ça m'apparaît à l'évidence que ce sont les avenues qu'il faut privilégier. Maintenant, comment? C'est la deuxième fois qu'on nous souligne le fait d'utiliser les commissions médicales régionales.

M. Trudeau (Jean-Bernard): Il y a des outils qui sont en place, il faut peut-être voir comment on peut mieux les utiliser.

Mme Marois: C'est ça. Est-ce qu'on pourrait aussi solliciter des contributions des sociétés pharmaceutiques?

M. Trudeau (Jean-Bernard): À travers la formation?

Mme Marois: Oui, ou à travers des fonds qu'on pourrait diriger vers de l'éducation, effectivement.

M. Trudeau (Jean-Bernard): Bien, tout à fait. Moi, je pense que c'est un travail, c'est de l'interdisciplinarité qu'il faut... Quand on parle de changer des pratiques, on parle aussi de travailler ensemble, de déssectoriser et de mettre des choses ensemble en partageant nos connaissances puis notre formation. Mais, moi, je suis convaincu que, si on fait de la formation qui est déssectorisée, où on implique les différents professionnels et on crée un mouvement d'interdisciplinarité, qui commence au Québec mais qui n'est pas encore assez accentué, on va modifier des pratiques, on va modifier des comportements, et ça va avoir plus d'impact, ça, que d'essayer de changer des structures. Mais il faut que ça vienne du terrain.

Mme Marois: D'accord. Bon. C'est intéressant. Vous revenez, là, avec une des propositions que vous aviez déjà faites dans le passé, à savoir de tenir des audiences sur les facteurs de croissance des prix des médicaments et sur l'impact économique des mesures de contrôle des prix. Est-ce que ce ne serait pas plutôt des études ou des analyses qui devraient être faites à cet égard-là que des audiences? Parce que j'ai un petit peu de difficultés à faire le lien entre le véhicule ou le moyen et la fin poursuivie. Vous pouvez peut-être m'éclairer.

Le Président (M. Labbé): Mme Morais, s'il vous plaît.

Mme Morais (Hélène): En fait, on est tous conscients que, pour réduire les coûts, agir sur le prix est une voie qui peut être importante. Bon. On sait qu'agir sur la demande ça peut aussi avoir un effet, agir sur la pratique professionnelle. Il y a plusieurs niveaux d'action possibles. Quand on parle de questionner les prix, notre proposition n'est pas tant sur le moyen. La proposition était de faire un débat en commission parlementaire. C'est surtout l'objectif, je pense, qu'il faut bien comprendre, c'est qu'on partage l'information ou qu'on fasse des études sur qu'est-ce qui constitue le prix et — si on Québec on décidait d'agir davantage sur l'évolution du prix — quel impact cela pourrait avoir sur l'industrie pharmaceutique. L'idée c'est de faire des études, mais aussi de mettre en lumière les différentes questions qui sont sous-jacentes par rapport au prix.

Le Président (M. Labbé): Merci, Madame.

Mme Marois: Alors, je vais revenir, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Labbé): Je vous remercie, Mme la ministre. Alors, sans plus tarder je cède la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Morais et vos collègues, et puis on vous remercie pour votre présentation, qui est fort intéressante. Je vais peut-être revenir à la question de la revue d'utilisation des médicaments, qui a été abordée par le Dr Trudeau. Plusieurs groupes en ont parlé. En ce qui se fait actuellement — parce qu'il y a le comité, il y a également le Réseau de revue d'utilisation des médicaments, et il s'en fait un peu dans les commissions médicales régionales — ce qu'on nous a indiqué dans certains cas, c'est qu'encore une fois il y avait un manque de ressources pour mettre en place des moyens plus efficaces d'assurer une revue de l'utilisation des médicaments. Est-ce que vous partagez cet avis-là, ce point de vue là ou si, dans le cadre actuel, oui, vous pouvez mettre en place des moyens qui sont efficaces?

Le Président (M. Labbé): Mme Morais.

Mme Morais (Hélène): Personnellement, je n'ai pas de réponse précise sur l'impact financier. Peut-être que le Dr Trudeau aurait une réponse.

• (11 h 30) •

M. Trudeau (Jean-Bernard): Bien, par rapport à la revue de l'utilisation des médicaments, je pense qu'il y a un plateau informatique qui est à développer. Avec l'informatique, c'est l'avenir, et il y a des outils qui existent à travers le monde actuellement un peu partout et qui sont assez avancés par rapport à tout cet aspect-là et qui pourraient être adaptés. Je pense à nos banques de données qu'on a déjà au Québec. Je pense qu'il faut donner un coup de barre, hein? La gestion à travers l'informatique, c'est inévitable, et, moi, je pense qu'à moyen puis long terme on va mieux outiller nos professionnels, on va les alerter par rapport à tout cet aspect-là.

Quand on parle de la revue d'utilisation des médicaments, ça peut se faire à différents niveaux. Dans les établissements de santé, ça se fait souvent au niveau des comités de pharmacologie à travers les CMDP, mais ce n'est pas systématique. Ce n'est pas quelque chose qui est très bien instauré complètement, et, quand on parle de revue d'utilisation des médicaments, on parle de faire une étude, mais on parle aussi de faire des suivis. Je pense qu'on fait beaucoup d'études au Québec, je pense qu'on fait des excellentes analyses, pour reprendre les propos de la ministre, mais on a des problèmes au niveau des suivis puis de l'actualisation de ces documents-là qui sont produits ou de ces analyses-là. Et je pense que la force de la revue d'utilisation des médicaments comme la force de la formation qu'on pourrait donner ou de l'information qu'on pourrait donner par rapport à toutes sortes de problématiques plus terrain par rapport à tout ce qui est médicament va aussi être dans le suivi qu'on va en faire.

Il y a des ressources qui sont en place déjà, il y a peut-être des modulations à faire. Il y a une question de

prise en charge par le terrain. Quand on parle de ressources... On a parlé aussi de fusion des régimes puis de décentralisation. À partir du moment donné où on remet une imputabilité ou une responsabilité sur le terrain, parce que chaque territoire au Québec a des réalités qui sont différentes, on vient donner des moyens aussi de voir comment on peut mieux réaménager nos ressources à travers le changement des pratiques. Mais, si on essaye de partir seulement des ressources qu'on a sans modifier les pratiques, je pense qu'on fait encore fausse route.

Il va falloir d'après moi s'adresser, au Québec, au changement des pratiques à travers la formation puis à travers l'information, parce que ce n'est pas vrai qu'en fusionnant du béton, comme on a fait depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, on a changé des pratiques. Je pense que ça aurait été... Je pense que tout le monde était d'accord qu'il fallait faire un exercice à travers les compressions financières qu'on a vécues, qui étaient inévitables, mais malheureusement on a pensé à certains endroits et parfois que, en fusionnant, on changerait des pratiques. Ce n'est pas le cas. Il faut travailler sur le changement des pratiques, et le reste ça va venir.

Moi, j'ai confiance à ce que le terrain fasse ces modifications-là. Et, quand vous m'emmenez sur le terrain: Est-ce qu'il y a suffisamment de ressources? bien, moi, je vous dirais, je pense qu'il faut le voir dans un autre angle; il faut voir la notion de changement des pratiques et peut-être qu'on va s'apercevoir que des ressources peuvent être mieux utilisées, et on sera peut-être surpris des résultats que ça donnera.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Excusez, oui, est-ce que vous voulez ajouter quelque chose?

Mme Morais (Hélène): Non, non, ça va, monsieur.

M. Marcoux: Vous avez fait référence à la décentralisation, vous l'évoquez dans votre mémoire à la page 4, en fait votre premier mémoire, vous dites que ça serait une manière plus efficace d'améliorer la qualité des services, d'en réduire des coûts, d'allouer un budget global à une instance responsable. Est-ce que ce n'est pas déjà ça qui se fait avec nos régies régionales où le ministère distribue, fait une allocation par région d'une enveloppe budgétaire provinciale et c'est la régie régionale, sur son territoire, qui fait l'allocation des ressources? Est-ce que ce n'est pas en grande partie ce qui existe déjà ou si vous voyez des modifications importantes par rapport à la situation actuelle?

Le Président (M. Labbé): Mme Morais, s'il vous plaît.

Mme Morais (Hélène): En fait, ce qui existe déjà, c'est que les régies régionales sont responsables de ce

qu'on appelle principalement l'enveloppe de fonctionnement en plus d'être responsables d'allouer des ressources pour soutenir les dimensions des immobilisations. Ce qui est proposé ici et qui a fait l'objet d'une proposition antérieure du Conseil, c'est de fusionner les enveloppes et de les décentraliser. C'est sûr que la proposition amène des changements majeurs.

Actuellement, l'enveloppe de la Régie de l'assurance maladie, elle est centralisée. Les régies n'ont pas d'autorité à l'intérieur de l'autre enveloppe sur la répartition des ressources pour payer les médecins, les régies n'ont pas cette responsabilité-là. L'enveloppe de l'assurance médicaments, les régies n'ont pas non plus de responsabilité à cet égard-là. Les établissements ont des obligations, les établissements ont des budgets, et l'enveloppe des médicaments ne fait pas partie de l'enveloppe.

Alors, notre proposition étant, de niveau, d'intégrer, de fusionner les enveloppes pour ces trois programmes-là, ces trois régimes, et de responsabiliser les territoires pour la gestion dans le sens qu'on l'a exprimé à quelques reprises pour s'assurer du principe des vases communicants. Si des médicaments permettent des économies au niveau de l'hospitalisation, que la région, qui est responsable d'une population, soit responsable d'une enveloppe et s'assure que les services qui sont donnés sont les services qui coûtent le moins cher et qui donnent les meilleurs résultats.

M. Auger (Christophe): Si vous me permettez, peut-être un commentaire...

Le Président (M. Labbé): M. Auger.

M. Auger (Christophe): ...sur cet aspect-là, c'est parce que c'est, à notre avis, fondamental — on l'a dit dans les avis adressés à la ministre de la Santé et des Services sociaux — le décloisonnement des systèmes est important parce que, si le médicament prend une place et est pour prendre une place de plus en plus importante dans le traitement des maladies, dans le traitement des patients, il faut absolument qu'on puisse l'intégrer totalement par rapport à l'assurance médicaments et l'assurance hospitalisation, sinon on risque de retrouver, comme on l'a déjà dit déjà, entre l'assurance hospitalisation et Santé des pratiques qui ne sont pas pleinement concordantes parce que trop isolées les unes des autres. Et, si on ne travaille que sur le médicament et à trouver strictement des solutions dans le cadre actuel du régime, à mon avis on risque de faire fausse route et de ne pas pouvoir rejoindre ce que le Dr Trudeau disait tout à l'heure: avoir l'effet attendu sur les pratiques médicales sur le terrain. On n'obtiendra pas ce résultat-là. C'est pour ça qu'on ramène cette fusion des régimes et qu'on interpelle par conséquent, dans notre troisième volet, la notion d'un régime universel, qui serait meilleure source d'équité également pour l'ensemble des Québécois et Québécoises.

M. Trudeau (Jean-Bernard): J'ai envie de vous amener un exemple du terrain. Je vais avoir l'air un peu

narcissique, là, mais je vais vous dire que je suis médecin toujours en pratique active et je suis aussi directeur des services professionnels d'un hôpital à Hull, l'hôpital Pierre-Janet, qui est un hôpital psychiatrique. Depuis plusieurs années, j'ai mis en place le suivi intensif psychiatrique dans la communauté dans la région de l'Outaouais. Ça a même fait l'objet d'un avis du Conseil des technologies en mai dernier où on dit que c'est vraiment... Et là on reprend, il y a trois exemples qui sont pris, l'exemple de l'Outaouais. Nous autres, on a un mandat régional, l'hôpital psychiatrique, au niveau de la desserte de notre population. Moi, je fais du suivi intensif psychiatrique dans la communauté; je me déplace auprès des itinérants, je me déplace dans les milieux d'hébergement, les clientèles les plus vulnérables. Je conçois bien... Puis ce que Mme la ministre a dit tout à l'heure est tout à fait exact, depuis avant les fêtes, on a corrigé une situation par rapport aux malades psychiatriques qui étaient inaptes, qui devaient payer une prime mensuelle, et ça, ça a été corrigé. Mais, moi, là, comme DSP d'un hôpital psychiatrique, je l'ai corrigée ça fait longtemps. Je ne devrais peut-être pas dire ça, j'ai droit à l'immunité, ici.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Dr Trudeau, allez-y, allez-y.

M. Trudeau (Jean-Bernard): Oui, c'est ça. Ça fait que ce que je veux dire, c'est que, comme médecin traitant de ma clientèle psychiatrique qui n'avait plus d'argent, qui n'arrivait pas — il fallait le dire, là; maintenant, ce n'est plus vrai depuis avant les fêtes pour les inaptes, hein, clientèle psychiatrique — de mon autorité de directeur des services professionnels d'un hôpital, j'utilisais ma pharmacie dans mon hôpital pour que le patient ne manque pas de médicaments jusqu'à la fin du mois et pour éviter des réhospitalisations et pour éviter de nouvelles hospitalisations. Puis le Conseil des technologies, quand il est venu évaluer tout ça, depuis deux, trois ans dans notre région, bien, c'est parce que, moi, j'autorisais ça. Mais c'est parce que je l'avais la chance d'être le médecin traitant puis en même temps d'être un directeur qui est en charge de la pharmacie dans mon hôpital que ça a pu fonctionner.

Le ministère a réagi à ça et a réajusté son tir, mais il y a un temps de réaction — puis ça, ce n'est pas négatif — de l'appareil gouvernemental qui est moins rapide que celui que, moi, j'avais dans ma région compte tenu de la population qu'on se sent responsable de desservir. Ça fait que je pense que ça rejoint un petit peu cette notion-là où on voit des avantages. Moi, comme médecin, je voyais des avantages et j'avais l'avantage d'être aussi un directeur d'hôpital qui pouvait utiliser ma pharmacie. Je l'ai fait, puis je suis arrivé à l'intérieur de mes budgets, puis on n'est pas déficitaire.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Vous avez dit ça avec toute la prudence qu'il fallait, monsieur, puis vous faites

bien. Alors, sans plus tarder, je donne la parole à M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, M. le Président et merci au Conseil de la santé et du bien-être pour votre présentation. Je suis d'accord avec Dr Trudeau que nous avons beaucoup d'études sur cette question. J'ai déjà mentionné une de 1994 qui parle effectivement de l'utilisation rationnelle des médicaments, mais malheureusement nous n'avons pas à agir sur cette piste de solution. Le FRSQ, le Fonds de recherche du Québec, a mentionné qu'on peut sauver jusqu'à 1 000 000 000 \$ sur ça.

Mais peut-être une brève question avant que je demande une question plus sur le programme d'assurance médicaments. Sur votre idée de fusionner les budgets régionaux, un peu comme vous l'avez juste mentionné — et nous avons tous noté l'efficacité de votre plan chez vous — comment ça peut marcher avec les établissements qui ont un mandat interrégional? Est-ce que ça peut marcher aussi?

• (11 h 40) •

M. Trudeau (Jean-Bernard): Suprarégional, vous voulez dire?

M. Williams: Suprarégional, oui. Est-ce que ça peut marcher?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Trudeau.

M. Trudeau (Jean-Bernard): Bien là, écoutez, le suprarégional, ça, je pense que Mme la ministre avait bien cerné tout cet aspect-là dans ce que j'ai pu comprendre au cours des derniers mois. Le suprarégional, peut-être que ça devra relever d'une structure aussi qui est suprarégionale, c'est bien sûr. Je veux dire, il y a des endroits... Écoutez, je vais vous donner encore l'exemple de chez nous. Moi, quand je ne suis pas capable d'assurer la sécurité dans mon hôpital d'un client psychiatrique qui vraiment cause problème, bien je transige avec l'institut Philippe Pinel. Et c'est normal, ils ont un niveau d'expertise, un niveau d'encadrement ou de sécurité qu'ils peuvent offrir. Et, moi, je n'ai pas le volume en termes de ma population pour m'offrir ça. C'est bien sûr que, quand on regarde le CHUM ou quand on regarde le CHUQ au Québec, ces établissements-là ont une concentration d'expertises plus pointues qui permettent de desservir d'autres régions, parce que les autres régions ne peuvent pas se permettre ou s'offrir de l'ultraspécialisation parce qu'elles n'ont pas les volumes pour la garantir, et ça, il faut bien gérer tout ça.

Mais tout ce qui est soins de base, là, en omnipratique, en médecine générale ou en médecine spécialisée, bien je pense que les régions sont capables de s'offrir ça d'une façon coordonnée et organisée. Et, quand ça dépasse le niveau d'intensité de service ou de complexité de problématiques ou de multiproblématiques, qui fait en sorte qu'au niveau de la région on n'est pas capable de répondre parce qu'on n'a pas le volume pour développer l'expertise, bien là on se dirige vers les experts qui sont à Montréal ou à Québec.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Morais, en complémentaire.

Mme Morais (Hélène): Oui, en complémentaire, simplement pour illustrer la situation du suprarégional et du régional. Selon les dernières informations qui étaient disponibles, 85 % des dépenses des services de santé sont au niveau régional, 15 % touchent à des services ultra-spécialisés et sont d'ordre suprarégional en termes d'établissements qui les dispensent. Alors, il ne s'agit pas d'une contrainte qui est si grande pour empêcher une responsabilisation des régions pour la majorité du budget.

M. Williams: Merci. Une dernière question. Comme la FADOQ a dit hier, et la FADOQ a rejeté les plans de la ministre, parce qu'ils sont prématurés, imprécis et encore irréalistes sur la capacité de payer des personnes âgées. C'est ça que la FADOQ a dit hier, c'est bel et bien cité dans les journaux aujourd'hui. Si je comprends votre intervention, et je cite: «De plus, la tarification et la coassurance sont des mesures qu'on sait inefficaces pour réduire les coûts», je présume avec ça que le Conseil de la santé et du bien-être est contre toute l'augmentation des tarifs, des primes, des franchises et des copaiements. Vous êtes contre tous les scénarios présentés par la ministre, si j'ai bien compris votre intervention?

Le Président (M. Labbé): Mme Morais.

Mme Morais (Hélène): On s'appuie sur des études relativement aux services médicaux. Les informations sur les médicaments ne sont pas suffisamment complètes, ça n'a pas été d'une assez longue période pour qu'on puisse affirmer l'effet qui n'est pas positif sur l'efficacité et sur les coûts de la coassurance et la tarification. Mais pour les services médicaux, c'est relativement bien documenté. Assumer des coûts pour les services médicaux peut diminuer les coûts à court terme et augmenter à long terme. Sur cette base-là, on supporte le dernier scénario dans la liste des scénarios qui est proposée, sachant que l'ensemble des analyses n'ont pas été faites. Mais à moyen terme on pense qu'il faut examiner attentivement cette hypothèse-là.

Et il ne s'agit pas, dans notre proposition, d'accroître le fardeau au niveau public mais de partager la responsabilité entre plusieurs acteurs à l'intérieur d'un régime unique. Notre proposition s'appuie davantage sur l'aspect du partage des risques entre les plus riches et les plus pauvres, donc de partager les risques, sachant également que les règles du secteur privé ne sont pas les mêmes que celles du secteur public par rapport à la protection des risques.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Morais, votre temps est maintenant écoulé. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Merci, M. le Président. Je vais enchaîner tout de suite avec votre dernière réponse. Il est très clair que vous préconisez le scénario n° 7, un régime

universel et entièrement public. Je dois vous dire que personnellement, c'est le scénario qui m'apparaît le plus sympathique également. Votre argumentation, votre énoncé de principes dans votre mémoire correspond tout à fait à ce que je pense. Cependant, en politique souvent on doit conjuguer la théorie et la réalité. Et il n'y a pas beaucoup de groupes jusqu'à date, en commission parlementaire, qui ont retenu ce scénario-là. En fait, je pense que vous êtes le premier, si ma mémoire est bonne.

Mme Marois: Je pense que c'est le deuxième.

M. St-André: Comment?

Mme Marois: Je pense que c'est le deuxième.

M. St-André: Le deuxième. Et il faut se rendre compte également que, à chaque fois que l'État ou le gouvernement a décidé de retenir des options comme celles-là, ça a entraîné des débats publics plutôt assez vigoureux. Je pense, entre autres, à Lise Payette lorsqu'elle a introduit le principe du «no fault» dans l'assurance automobile. On se rend compte que Mme Payette s'est retrouvée à certains moments pratiquement seule pour défendre cette idée-là.

Et ce que je trouve un petit peu décevant quand je lis votre mémoire, c'est qu'au fond vous vous en tenez à l'énoncé des principes sans présenter une mécanique ou sans vous interroger sur la transition qui pourrait nous mener vers l'implantation d'un tel régime. J'aimerais vous entendre là-dessus, parce qu'il est clair que, si on allait dans cette direction-là, il y aurait des impacts sur l'économie, sur l'emploi, entre autres. J'aimerais ça vous entendre là-dessus. Comment vous voyez la transition vers un tel régime?

Le Président (M. Labbé): Mme Morais.

Mme Morais (Hélène): On est tout à fait conscient. Si la transition avait été claire, on l'aurait présentée. Il y a une chose qui est certaine pour nous, c'est qu'il faut examiner attentivement les enjeux d'une telle proposition. Il faut l'examiner avec plusieurs partenaires et il faut également envisager — ce que nous n'avons pas fait, j'en conviens — des étapes pour s'y rendre.

Le Président (M. Labbé): M. Auger.

M. Auger (Christophe): Oui, peut-être ajouter là-dessus. Quand le Conseil, dans son premier mémoire, prenait également partie pour un régime universel, il y a une constante. Le Conseil n'a pas — et il faut bien se l'avouer — des moyens pour pouvoir pousser des études aussi fines que vous proposez, c'est-à-dire toute une démarche pour voir quels sont tous les impacts. Nous, ce que nous redisons aujourd'hui, c'est qu'il faut que ces analyses-là, ces études-là soient faites.

Que ça nécessite des délais, nous pouvons très bien en convenir, on ne pourra pas instaurer du jour au

lendemain un régime universel, mais il faut que ce scénario-là soit immédiatement pris en compte parce qu'on considère que ça demeure le meilleur. On sait les impacts, on sait les réactions que ça va produire dans le monde de l'assurance privée. On sait les impacts que ça peut avoir au niveau de l'emploi à l'intérieur même de ces... Et c'est ça qu'on veut qui soit pris en compte dans un processus de transfert vers un régime universel. Mais on ne peut pas, parce qu'il y a des impacts de cette nature-là, ne pas envisager un scénario qui à sa face même nous apparaît le scénario le plus favorable encore une fois pour se joindre au régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, encore une fois dans une perspective décloisonnée qui permet, avec l'évolution des pratiques terrains, avec l'évolution des technologies de la production des médicaments, aux utilisateurs et aux utilisatrices des qualités et de meilleurs soins, et qui permet également aux praticiens qui forcent également, je dirais, le système de production.

Parce que ça, c'est un autre élément qu'on a souvent mentionné comme conseil, où on doit forcer le système de production, entre guillemets, de soins au Québec d'agir avec cette pleine conscience d'intégration des trois dimensions dont nous avons parlé. Et, dans ce sens-là, le régime universel est important. On n'a pas pu réaliser toutes ces études-là. Ce qu'on dit aujourd'hui: Il faut que ces analyses, ces études soient faites. Si on a besoin d'un peu de temps, qu'on le prenne, mais qu'on ne mette pas de côté cette valeur-là. C'était le sens de notre intervention dès 1997.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. Auger.

M. St-André: Si je comprends bien ce que vous nous dites, nonobstant les scénarios qui pourraient être retenus parmi les six premiers, ce que vous suggérez en somme, c'est qu'on pourrait entreprendre des études dès maintenant sur le scénario sept pour une décision à moyen ou à long terme, dans trois, quatre, cinq ans, par exemple.

Le Président (M. Labbé): Mme Morais.

Mme Morais (Hélène): Vous nous compreniez bien, le Dr Trudeau aimerait...

Le Président (M. Labbé): M. Trudeau, vous pouvez parler

M. Trudeau (Jean-Bernard): Est-ce qu'il a bien répondu à votre question de tout à l'heure ou...

M. St-André: Ça me paraît satisfaisant.

• (11 h 50) •

M. Trudeau (Jean-Bernard): Parce que, moi, je vais vous dire, au niveau du Conseil il y a plusieurs avis qui ont été produits dans les dernières années, et puis vous pouvez vous y référer. Vous allez voir, c'est beaucoup plus détaillé.

Ce que je dirais, c'est que, quand on est venu en commission parlementaire avant que l'assurance

médicaments se mette en place, on avait un système public complet, O.K. On a fait...

M. St-André: Non, non, ce n'est pas exact, ça.

M. Trudeau (Jean-Bernard): En tout cas, on était...

M. St-André: Non, non, attention. Il n'y avait que les personnes âgées et les assistés sociaux qui étaient entièrement couverts.

M. Trudeau (Jean-Bernard): O.K. Mais on a quand même modifié, on s'est en allé... Quand on a installé la coassurance, quand on a installé la tarification... Et ça toutes les études l'ont démontré, à partir du moment donné où on instaure ça au niveau de nouvelles clientèles, on augmente les dépenses de santé publique. Ça, on l'a dit. C'est su, c'est connu, c'est documenté, tout le monde le sait. Il y a une décision qui a été prise parce qu'on était dans un contexte financier qui était difficile. Au niveau gouvernemental, au niveau de tous les ministères, on était dans une situation difficile, et je pense qu'il faut le dire, il y a des choses qui auraient dû être faites il y a 10 ans.

Le virage ambulatoire, ça n'aurait pas dû se faire dans le contexte d'une compression financière, ça aurait dû se faire dans un autre contexte. Et il y avait des décisions politiques à prendre. On a des décisions impopulaires à prendre qui politiquement ne sont pas payantes. Malheureusement, je pense qu'on ne réussit pas toujours à les prendre, ces choses-là, et ça nous met dans des situations difficiles.

Ça fait qu'on s'est retrouvé dans une situation de compressions financières où, pour répondre rapidement à la contrainte qu'on avait, on a été vers des changements de structures. C'est ça qu'on a fait aussi avec l'assurance médicaments. C'est des structures, mais on ne s'est pas adressé encore aux pratiques au niveau de la base. Moi, je me dis: Là, c'est le temps de regarder cet aspect-là, de changement de pratiques. Et, quand on en arrive par éapisme, le changement de pratiques au niveau de la base puis la fusion des régimes puis décentraliser, bien sur le terrain, on va nous dire: On es-tu capable de continuer avec le système comme il est actuellement? Comment on le pousse? Quel genre de partenariat supplémentaire on peut faire? Mais la pression va venir de la base de façon beaucoup plus personnalisée en fonction des réalités territoriales, qui sont toutes différentes au Québec et même à l'intérieur des régions.

M. St-André: Vous conviendrez quand même avec nous...

Le Président (M. Labbé): M. le député de L'Assomption, malheureusement le temps est écoulé. Alors, M. Trudeau est un homme de terrain, c'est bien clair. Alors, Mme Morais et M. Auger, merci de votre présentation. J'inviterais sans plus tarder la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec à prendre place. Merci.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): On va vous laisser le temps, Mme Skene, de prendre un petit peu votre souffle. Je sais que vous êtes bien occupée. Il y a M. Marcoux qui va arriver dans quelques minutes.

Mme Skene (Jennie): On court pour autre chose.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): C'est ça. Alors, on me fait signe qu'on peut débiter. Mme Skene, bienvenue à cette commission. Sans plus tarder, je vais vous inviter à présenter les personnes qui vous accompagnent. Vous avez, comme il se doit, 15 minutes pour présenter votre mémoire, et, par la suite, nous séparerons le temps entre les deux groupes parlementaires pour 30 minutes, alors 15 minutes chacun. Alors, bienvenue et à vous la parole.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ)

Mme Skene (Jennie): Merci, M. le Président. La personne qui m'accompagne, c'est Mme Lucie Mercier, qui est conseillère à la Fédération, au secteur Santé; donc, les dossiers sociaux, les dossiers qui touchent la santé, les dossiers sociopolitiques, c'est de son ressort, et c'est elle qui a travaillé largement sur le mémoire qui vous est présenté.

Nous sommes satisfaits de pouvoir aujourd'hui nous présenter devant vous pour exprimer la position de la Fédération des infirmières quant à l'application du programme d'assurance médicaments. Nous étions de celles qui ont manifesté leur approbation au moment où il a été créé. Nous sommes toujours d'accord avec un tel régime, mais bien sûr nous avons fait un bilan nous-mêmes de notre côté. Nous vous en relèverons certaines lacunes. Nous amènerons des propositions qui touchent un régime, selon nous, qui devrait être entièrement public et universel. Alors, je serai la troisième à vous en parler.

Je voudrais aussi tracer un bref portrait de l'industrie pharmaceutique, industrie florissante et lucrative entre toutes où la concurrence s'amenuise au fil des jours, et qui continue largement d'être subventionnée par l'État, et finalement le rôle des médicaments dans notre système de santé et le rôle des professionnels, qui sont ceux qui soit prescrivent, soit distribuent des médicaments mais qui ont un rôle important à jouer dans ce système-là.

Alors, nous avons un régime qui existe depuis 1996, un régime mixte. Dans un premier temps, je vous dirais que, oui, nous étions d'accord avec sa création, nous sommes toujours fortement convaincus qu'un tel régime est essentiel dans notre système de santé. Il y a des choses qui étaient extrêmement positives et qui le sont demeurées. C'est une avancée sociale importante pour la population du Québec, puisque 1 500 000 personnes se sont retrouvées assurées alors qu'elles n'avaient aucune couverture possible pour leurs médicaments. L'État, de plus, a réussi,

à travers l'existence de ce programme, à contrôler les coûts de gestion à des coûts minimums, qui sont bien en-deçà de ce que les compagnies d'assurances peuvent assurer comme coûts. Ce qui a aussi entraîné — ce régime — un prix uniforme d'une pharmacie à l'autre, ce qui est un bien selon nous, et un meilleur contrôle du prix des médicaments au moment de leur distribution.

Ce qui nous apparaît toujours, malgré les correctifs qui ont été apportés, négatif, ce sont les seuils de revenus beaucoup trop bas qui servent à la prise en considération des différents barèmes, le manque de progressivité du régime, des coûts excessifs de franchise et de coassurance quand on est salarié à faibles revenus et qu'on n'est pas nécessairement assisté social ou qu'on n'est pas une personne retraitée, une baisse de consommation dans les médicaments essentiels. Malgré les modifications qui ont été apportées, il demeure toujours un régime trop dispendieux pour ceux qui en ont bénéficié et qui doivent continuer d'en bénéficier.

Qui sont les assurés du régime public? Le Conseil santé bien-être qui nous précédait nous a tiré les mots de la bouche, c'est la clientèle la plus vulnérable. Quand vous êtes âgé, quand vous êtes à faibles revenus ou assisté social, vous avez un ensemble de facteurs qui font en sorte que souvent votre état de santé sera moins bon que celui de la population en général. Et on sait qu'avec l'âge, donc pour les plus de 65 ans, on multiplie les petits bobos; l'usure de la machinerie se fait sentir, et on est appelé à consommer de plus en plus de médicaments pour faire en sorte que notre qualité de vie et que notre vie soient le plus normal possible. Ça entraîne des coûts énormes, et ça, c'est l'État qui l'assume. Ce qui veut dire que, malgré les augmentations qui sont proposées, le régime, assumé par l'État, selon nous, aura constamment des problèmes financiers parce que c'est lui qui prend en charge les plus grands risques.

Le régime privé — parce que nous avons, nous, à gérer avec une compagnie d'assurances un régime collectif d'assurance. Il n'y a rien, dans les documents qu'on a pu lire, qui amène des points positifs ou négatifs, mais nous en avons fait ressortir quelques-uns. Dans les points positifs, c'est que les assureurs, quand ils prennent un groupe, bien ils ne peuvent pas trier selon l'âge, le sexe ou la maladie. S'ils prennent le groupe des infirmières, il y en a qui sont malades puis il y en a qui sont en bonne santé, alors il est obligé de prendre le groupe. Mais il n'y a aucune évaluation à laquelle on peut avoir accès qui nous amène d'autres éléments que ceux-là.

Au niveau des problèmes, des problématiques qui nous apparaissent évidentes, c'est que la plupart des assureurs, quand ils offrent une couverture médicamenteuse, ils l'offrent dans un package deal de toutes sortes d'autres affaires. Et ça, ça a un effet pervers. Vous êtes un père de famille qui gagnez 25 000 \$ par année, vous avez deux enfants, une conjointe et, parce que vous êtes obligé d'assurer vos enfants pour la portion assurance médicaments, vous êtes obligé de prendre le package deal familial avec toutes les autres composantes, même si vous n'avez à peu près pas les moyens de vous les payer. Pour

le personnel dans nos établissements, qu'on nomme TPO, des gens qui sont sur appel, qui ont souvent des revenus très faibles, ces gens-là, bien qu'ils aient des revenus très faibles, n'ont pas droit à la portion qui est subventionnée par l'État parce qu'ils sont dans un régime privé.

• (12 heures) •

Il y a une petite erreur, au niveau du mémoire, quant à la TVQ sur la franchise, c'est beaucoup plus sur les primes. Donc, je vous le mentionne en passant. Pour beaucoup de personnes, comme les emplois sont précaires, elles changent d'entreprise, changent d'établissement, changent d'employeur. Et, si elles changent de régime d'assurance, de compagnie, dès qu'elles changent de compagnie, le plafond de 750 \$ n'est plus applicable, on recommence à neuf parce qu'il n'y a pas de lien nécessairement entre les deux. Donc, pour nous, la solution d'un régime tout privé n'est pas acceptable, de même que les différentes solutions qui ont été mises de l'avant par le ministère, soit la hausse des primes, la hausse de la franchise ou de la coassurance.

Selon nous — et nous partageons le même avis que le Conseil de la santé et du bien-être — ça a, à moyen terme et à long terme, un effet de hausse automatique des dépenses publiques, une aggravation possible de l'état de santé de la population, en plus de diminuer l'accessibilité financière aux médicaments, parce que le montant à verser pour les personnes est de plus en plus élevé, ce qui augmente l'inéquité entre elles. Il n'y a aucune amélioration dans les solutions qui sont proposées par le ministère sur la progressivité du régime, pas plus qu'il n'y a d'amélioration pour compenser les lacunes du régime privé.

À un régime entièrement privé, vous vous en doutez bien, nous allons dire non. Ce serait comme de donner l'argent des contribuables à une entreprise, hein, de l'argent qu'on prend de nos impôts et qui serait géré par des compagnies d'assurances. On aurait beau subventionner les personnes à faibles revenus, les personnes assistées sociales et les personnes âgées, c'est clair qu'il appartient à l'État de gérer l'argent de la population pour un régime qui, selon nous, devrait être un régime universel. Et il nous apparaît que la fiscalité, c'est le meilleur moyen d'assurer l'équité en matière de soins de santé, car les formules liées à l'usage ou au risque désavantagent toujours les plus pauvres et les plus malades.

Donc, la proposition que nous faisons, c'est celle d'un régime public universel, parce que, selon nous, les médicaments, aujourd'hui, font partie intégrante du système de santé. Ce n'est plus quelque chose qui est greffé, c'est une partie intégrante du système de santé. Et, on l'a vu au moment de l'instauration du régime, pour des gens qui avaient cessé leur médication ou qui l'avait diminuée pour éviter certains coûts, ces personnes-là, souvent, se sont retrouvées à l'hôpital. Donc, c'est interrelié. L'importance de la médication pour toutes les clientèles qui sont vulnérables, qu'elles soient des clientèles psychiatriques ou qu'elles soient des clientèles avec des problèmes cardiaques ou pulmonaires, les clientèles vulnérables particulièrement... Nous croyons que les

médicaments, dans leur rôle, leur importance, devraient être intégrés au régime de santé qui, lui, est universel et public.

Et, à ce point, je vous dirais que les études qui ont été faites et qui sont publiées dans le rapport Gagnon nous apparaissent des pistes intéressantes à explorer que malheureusement le ministère n'a pas chiffrées ou n'a pas consacré de temps à aller plus loin. Mais, dans ce rapport-là, on disait que le régime était viable et que c'était faisable. Bien sûr, ça ne veut pas dire que ça peut se faire du jour au lendemain en criant ciseau, mais je pense que ça mériterait à tout le moins qu'on s'y attarde. Au Québec, la population vieillit comme dans les autres sociétés occidentales, et, dans ce cadre-là, si on veut préparer l'avenir et diminuer les inégalités, il faudra se pencher sérieusement sur un régime universel et public.

Quelques mots sur l'industrie pharmaceutique. L'industrie pharmaceutique qui, comme dans tous les autres pays où elle est implantée, au Canada et au Québec, est une industrie particulièrement florissante, d'une rentabilité déconcertante année après année. La Chaire d'études socioéconomiques de l'UQAM a fait un relevé à partir des états financiers vérifiés de six des plus grandes compagnies parmi les 20 au monde et elle nous dit que, de 1993 à 1996, les rendements après impôts de l'avoir des actionnaires ont augmenté de 25 % à 36 %. De 1992 à 1996, 2 300 000 000 \$ ont été versés en dividendes aux actionnaires, ce qui permet, je vous le souligne, que les profits de ces compagnies-là implantées ici soient rapatriés dans leurs pays d'origine où se tiennent les multinationales. Donc, l'argent, les bénéfices s'en vont ailleurs. À l'échelle mondiale, l'industrie pharmaceutique est la plus rentable.

Vous connaissez la durée de protection des brevets au Canada et au Québec, et, depuis son arrivée, ce qu'on a pu voir, c'est une diminution de la concurrence. Alors qu'on nous parle de libre marché, il y a de moins en moins de concurrence dans l'industrie pharmaceutique et une augmentation des prix. Le Conseil d'évaluation des prix des médicaments brevetés, en 1996, disait que, sur 80 nouvelles innovations médicamenteuses sorties dans cette année, quatre seulement étaient des avancées au plan pharmacologique pour le traitement des personnes.

Le Québec est la seule province canadienne qui n'a pas de politique du médicament le moins cher. C'est celui qui a la politique la plus généreuse de crédits d'impôt qui fait qu'une entreprise qui investit 100 \$ en recherche et développement, si elle contribue à une étude, une recherche avec une université, ne paiera que 35 % de la facture, le solde étant assumé par l'ensemble de la collectivité québécoise. Avons-nous les moyens de nous payer des subventions à des compagnies de plus en plus riches, dont les profits augmentent année après année, quand on sait qu'en recherche et développement ces mêmes compagnies investissent 10 % de leur chiffre d'affaires, alors qu'au chapitre de la publicité et du marketing elles en investissent 20 %?

L'évolution des politiques canadienne et québécoise a favorisé l'augmentation des coûts, et ces coûts ont

augmenté plus rapidement que pour les autres services du secteur de la santé. De plus, il y a un lobbying sociopolitique extrêmement important des compagnies pharmaceutiques. On connaît très bien que, dans nos milieux, les compagnies ont des représentants qui font le tour de tout ce qui s'appelle bureau médical, hein? Il y a des congrès payés par les compagnies pharmaceutiques où le temps d'approfondissement d'un nouveau médicament est inversement proportionnel au temps prévu pour les agapes ou les avantages d'autres sources, ce qui explique sans doute le 20 % qui est investi au niveau du marketing et de la publicité.

En plus, ce qu'on a vu dernièrement, c'est que des compagnies pharmaceutiques se sont associées à des groupes — je prends, entre autres, l'association pour l'Alzheimer — qui ont donc un intérêt parce que quelqu'un de leur famille souffre d'une telle maladie, pour payer des conférences de presse, payer des sondages. Voyez-vous l'impact que ça peut avoir, quand vous êtes pris émotivement dans ça, comment vous pouvez devenir un support à une compagnie qui a d'autres objectifs que votre santé? C'est aussi ses profits.

Donc, les consommateurs paient pour des politiques gouvernementales québécoises et canadiennes trop généreuses. Il faudra se poser la question: Est-ce que les médicaments sont une marchandise ou ils sont un service de santé essentiel? Et, quand on aura répondu à cette question-là, je pense que l'action gouvernementale sera orientée dans un autre sens. Il faut, selon nous, en plus d'un régime universel public, adopter une politique du plus bas prix et du prix de référence, cesser d'appuyer et de réclamer avec Ottawa des renforcements de la loi C-91 qui anéantissent la concurrence, s'attaquer à la maîtrise des coûts plutôt qu'en transférer la facture aux citoyens-payers.

En terminant, je vous dirais qu'il nous apparaît important que le rôle des médecins, qui est crucial dans la prescription médicamenteuse, puisse être mieux supporté. Et je pense que le Dr Trudeau, qui nous a précédés, faisait une bonne analyse de la situation. On a besoin, pour les médecins, d'un meilleur support, une meilleure connaissance de l'interaction des médicaments, et certaines études qui ont déjà eu lieu, déjà eu cours, nous disent que l'association médecins-pharmaciens est une association gagnante. On l'a vu dans le réseau de la santé, dans les hôpitaux, mais, si on le fait aussi dans la communauté, il nous apparaît qu'il faudrait développer un tel rôle conseil parce qu'on n'y gagnera pas uniquement au niveau des coûts, mais au niveau des interactions indésirables ou des interactions qui peuvent faire en sorte d'amoindrir l'efficacité des médicaments.

Je vous mentionnerai en passant que, comme infirmières, on est toujours préoccupées, quand on est en soins à domicile, quand on est dans les milieux de santé, du travail que nous avons à faire pour renforcer le travail des pharmaciens, pour la connaissance des personnes, la bonne prise des médicaments, pour s'assurer que les personnes agissent de la meilleure manière à cet égard-là.

Le Président (M. Labbé): Mme Skene, je vous remercie beaucoup pour cette présentation. Alors, sans plus tarder, nous allons passer maintenant la parole à la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Alors, effectivement le mémoire de la Fédération est très fouillé. Il y a beaucoup de données, de chiffres, d'analyses, d'ailleurs des questions que j'ai posées tout à l'heure aux compagnies pharmaceutiques sur les proportions qu'elles mettaient entre leurs investissements en recherche et développement et les dépenses affectées au marketing. En fait, vous reprenez certaines études déjà faites ailleurs pour constater qu'effectivement il y a une proportion plus importante de leurs dépenses qui va à leur politique de promotion et donc de marketing. Et il y a quand même un investissement important en recherche et développement, mais on conçoit que... et je pense que c'est du simple au double entre le marketing et recherche et développement. Bon.

• (12 h 10) •

Là, évidemment, vous, vous dites: Nous préférons, nous souhaitons qu'il s'agisse d'un régime public universel — et c'est un des scénarios, évidemment, qui est évalué — en même temps que vous indiquez toute une série de difficultés que rencontrent certains assurés qui ont de bas revenus ou qui sont à statut précaire dans leur régime privé. Sur cette question-là, si nous conservions le régime actuel en le bonifiant, en l'améliorant, en le corrigeant, je peux vous dire que toutes les questions que vous avez soulevées sont actuellement en analyse pour les régimes privés: les niveaux de couverture, certains médicaments qui ne sont pas accessibles dans le cas des régimes privés. On pense à certains patients d'exception où le médicament est très dispendieux, et vous le mentionnez. Alors donc, toutes ces questions-là sont actuellement sous étude et analysées, et, éventuellement, lorsque nous aurons terminé nos consultations, que nous proposerons un certain nombre de correctifs au régime ou un changement formel du régime, on pourra avoir l'éclairage nécessaire pour nous permettre de corriger le tout. Bon.

Maintenant, je reviens sur cette dernière question parce que je pense qu'elle est très importante — le Dr Trudeau l'a abordée tout à l'heure, mais beaucoup d'autres organismes avant vous l'ont abordée aussi — c'est les interventions auprès des médecins, des pharmaciens, leur travail de collaboration. Vous êtes en contact, dans les milieux hospitaliers, avec la Revue d'utilisation du médicament en hôpital, j'aimerais ça que vous me décriviez un petit peu comment on procède et comment vous avez pu constater des résultats intéressants à cet égard-là. Évidemment, c'est dans un milieu, à ce moment-là, fermé, si on veut, où on peut à l'intérieur de l'établissement avoir sur place tous les professionnels qui peuvent participer à des équipes, à des échanges, à des analyses, etc.

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, c'est vrai que je suis dans le milieu hospitalier. Mes dernières années de

pratique avant d'être présidente de la Fédération, j'étais dans une salle d'urgence, alors vous savez que ce n'est peut-être pas l'endroit où on voit le plus souvent les prescriptions médicales, et au bloc opératoire non plus.

Ce que je peux vous dire par ailleurs, c'est que j'ai régulièrement vu les pharmaciens, dans leurs tournées départementales, vérifier les dossiers, vérifier les différents types de médicaments qui étaient prescrits, s'assurer des interactions, discuter avec les infirmières qui étaient là de la situation, demander à rencontrer les médecins traitants pour justement pouvoir en discuter avec eux. Je pense que c'est un rôle qui, il m'apparaît, s'est développé énormément au bénéfice des malades et je pense que ce rôle-là peut s'accroître encore et devrait se développer en ce qui regarde tous les médicaments qui sont prescrits à l'extérieur de l'établissement de santé. Et je pense que le médecin qui se retrouve dans son cabinet n'a pas le même accès à des services pointus.

C'est certain qu'un pharmacien qui est dans sa pharmacie, au quotidien, va voir les gens qu'il suit régulièrement et pourra, lui, intervenir auprès du médecin traitant s'il le juge nécessaire, mais je pense que tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas une mécanique ou une manière de faire les choses qui oblige à ce contact-là... Alors, ce n'est pas uniquement au besoin. Je pense que, si on a une obligation que ce contact s'établisse, ça sera bénéfique pour le médecin qui, lui-même, pourra développer son expertise dans le champ pharmacologique, parce que la médecine, comme n'importe quelle autre profession du monde médical, vous fait voir certains aspects, mais vous n'avez pas la compétence que le pharmacien peut développer au fil des années et de l'expérience. Donc, je pense que ce contact-là est important.

Mme Marois: D'ailleurs, si vous permettez, c'est un des aspects qui a été soulevé par différents mémoires, dans le sens où on suggérait que la formation des médecins à l'égard des nouvelles thérapies pharmacologiques ou de nouveaux produits soit un petit peu plus complète et soit surtout continue, justement dans cette perspective que vous soulevez.

Mme Skene (Jennie): Absolument, parce que le médicament, de nos jours, est aussi important que les nouvelles technologies qui sont utilisées dans le réseau de la santé, qui permettent de réduire l'hospitalisation, qui permettent des chirurgies moins invasives. Le médicament a le même effet par son efficacité. Donc, le médecin doit être en contact lui-même avec tout ce qui évolue dans ce secteur-là. Moi, je pense que le pharmacien a un rôle de plus en plus important à jouer et dans les centres de longue durée et dans la communauté, alors que je pense que la majorité des médecins sont un peu laissés à eux-mêmes dans leur pratique privée et n'ont pas toujours le bon contact au bon moment, comme ils le souhaiteraient.

Mme Marois: Une autre hypothèse qui a été apportée par différents groupes ici pour permettre un

meilleur contrôle de l'utilisation adéquate du médicament, parce que, encore avons-nous de bons médicaments, mais, si on ne les utilise pas correctement ou si on ne les combine pas justement, on risque d'avoir plus de problèmes et de perdre les bénéfices de ces médicaments... Une proposition qui est venue — c'est le Collège des médecins qui l'a abordée, je pense que la Fédération des médecins spécialistes l'a reprise aussi — c'est la constitution d'un dossier médicaments pour un patient — évidemment, avec nos nouveaux moyens technologiques, on pourrait l'imaginer avec un contrôle rigoureux de l'accès de ce dossier qui devrait être donné seulement par le patient lui-même — qui pourrait être une avenue pour permettre de voir si la consommation est juste, est adéquate, etc. Est-ce que c'est une avenue, pour vous, qui apparaîtrait intéressante?

Mme Skene (Jennie): Je pense que, oui, c'est quelque chose d'intéressant compte tenu que votre dossier médicamenteux, si vous ne faites pas régulièrement affaire au même endroit, c'est plus difficile de le tenir. Je pense que, effectivement, si vous avez un dossier qui vous suit partout avec les moyens informatiques, c'est quelque chose qui est facilement accessible, c'est un outil, un instrument qui permettrait tant au médecin qu'au pharmacien d'avoir un meilleur contrôle sur la quantité de médicaments qui est prise et sur aussi les différents médicaments qui sont, je dirais, mélangés, hein? Les semainiers de nos personnes âgées sont toujours très, très lourds parce qu'il s'ajoute au fil du temps un bobo, puis on ajoute une pilule, mais sans nécessairement revoir l'ensemble des composantes de ce pilulier-là.

Mme Marois: D'accord, merci. Ça va pour l'instant.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Alors, sans plus tarder, je passerais maintenant la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Skene, et merci pour votre mémoire qui est fouillé et très bien présenté et avec des suggestions fort intéressantes.

Ma première question porterait sur votre recommandation qui a trait à l'instauration d'un régime public universel, un peu comme le Conseil du bien-être l'a fait avant vous ce matin. Est-ce que la mise en place, pour vous, d'un tel régime signifierait des dépenses additionnelles pour l'État, pour le gouvernement? En d'autres termes, est-ce qu'il y a une partie plus grande, dans le fond, des dépenses qui devrait être financée à même le fonds consolidé du revenu dans votre hypothèse?

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Oui. Écoutez, moi, je pense que, dans le cadre actuel des choses, si on regarde le régime tel qu'il est bâti, les taux de faibles revenus sont

extrêmement bas. Donc, si on pense à un régime universel public, il faudra, de toute façon, se pencher sur cette portion-là. Il nous apparaît, nous, que par la fiscalité il y a une meilleure répartition des coûts réels. Ça ne veut pas dire que l'État assumera plus, mais il l'assumera d'une manière différente. Il l'assumera sans doute plus parce que le taux de revenu ayant servi aux fins de calcul des montants à verser est trop bas. Donc, c'est sûr qu'un relèvement est nécessaire à ce secteur-là.

Mais, par ailleurs, moi, je paie une assurance groupe, d'autres paient une assurance groupe, le payer par le biais de ses impôts, c'est une autre manière de faire qui fera en sorte que, si moi, je gagne 50 000 \$ par année, je paierai plus que celui qui en gagne 25 000 \$, et celui qui en gagne 70 000 \$ en paiera plus que celui qui en gagne 25 000 \$. Et je pense que la fiscalité est un moyen de niveler pour chacun des individus le montant à verser.

Par ailleurs, si on ne relève pas le taux, le salaire minimal requis pour éviter d'avoir à payer, c'est clair qu'on n'augmenterait pas le coût pour l'État. Mais nous souhaitons, nous, que le seuil de faibles revenus soit pris en considération. Il est trop bas, il entraîne des coûts supplémentaires pour des personnes qui ont des revenus minimaux qui en sont des revenus de survivance pure et simple. Donc, ça, ça devrait être ajouté, et ça, ça peut amener une augmentation des coûts, mais pour l'ensemble je pense que ce qu'on verse déjà dans des compagnies à l'extérieur, s'il est versé par le biais de nos impôts, permettra une répartition plus juste et équitable de la facture globale.

• (12 h 20) •

M. Marcoux: Merci. Dans ce cadre-là, je crois comprendre que, si le régime actuel peut-être modifié quelque peu était maintenu, vous seriez évidemment contre l'augmentation des franchises, de la coassurance et des primes, notamment pour la clientèle des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi. Est-ce que c'est ce que je crois comprendre?

Mme Skene (Jennie): C'est tout à fait clair. Nous croyons même que le taux de faibles revenus doit être revu à la hausse parce qu'il est tellement bas que les gens font souvent le choix de manger aujourd'hui... Et quelqu'un disait: Acheter du beurre ou des pilules, bien c'est... Quand vous êtes à faibles revenus, vous ne vous demandez pas si vous achetez du beurre, vous achetez la margarine la moins chère, hein, qu'elle soit hydrogénée ou pas. Alors, vous achetez ce qu'il y a de moins cher parce que vous voulez mettre quelque chose sur la table de vos enfants. Et ça, je pense qu'on ne peut pas passer à côté de ça.

M. Marcoux: Merci. Je pense que là vous confirmez ce que d'autres groupes, d'ailleurs, sont venus nous dire devant la commission jusqu'à maintenant. Et, un peu relié à ça, des groupes nous ont indiqué qu'il y avait des problèmes d'arrimage présentement entre le système hospitalier et le système ambulatoire. Et, présumant qu'on conserve encore le même régime, je crois comprendre

que ces problèmes-là vont continuer d'exister du fait qu'un patient qui quitte l'hôpital où les médicaments sont payés doit en assumer le coût à domicile ou par le CLSC. Et il semble que c'est un problème qui se retrouve dans l'ensemble des régions du Québec. Du moins, c'est ce que l'Association des hôpitaux du Québec nous a indiqué hier.

Est-ce que, comme vous êtes, vous, dans le champ, comme on dit, là, vos membres, c'est vraiment un problème qui existe? Et est-ce que vous auriez des propositions de solution à apporter pour éliminer ces problèmes-là, présumant que le régime actuel demeurerait à peu près le même?

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, c'est vrai qu'il y a encore des problèmes. Il y a certaines améliorations, certains arrimages qui se sont faits d'une manière plus ordonnée, je dirais, mais il y a encore des problèmes d'arrimage entre les différents réseaux. Et, comme le réseau des CLSC, en soi, est lui-même, je dirais, en difficulté de répondre à toutes les demandes de soins, effectivement il y a une période de flottement. Même si demain, je pense, on décidait de continuer d'assumer la médication qui est versée à l'hôpital — de continuer de l'assumer via le CLSC — la période de flottement entre le moment où la demande est faite et le moment où l'individu va recevoir la visite du professionnel de la santé qui est requise par son état... Vous n'avez pas la certitude que cette personne-là pourra vous voir le jour de votre sortie. Vous n'avez pas la certitude non plus que cette personne-là pourra vous voir le lendemain parce qu'il y a énormément de demandes.

Le virage ambulatoire, c'est une bénédiction, je pense, pour ceux qui en bénéficient, mais c'est aussi un problème pour ceux qui n'ont pas reçu les services à temps. Et donc il y a une période de flottement qui est régulièrement présente, malheureusement, et qui va demander qu'on y travaille encore de façon beaucoup plus pointue, et le réseau des CLSC veut le faire. Le réseau hospitalier transfère cette responsabilité-là, mais je pense que, faute de budget et faute de ressources humaines — il faut le mentionner — le réseau des CLSC a encore de la difficulté à assumer l'ensemble de toutes les demandes qui sont vraiment des demandes qui doivent être rencontrées. Alors, le médicament est un volet qui s'ajoute à cette difficulté-là. Le volume a grandi tellement vite en termes de demandes de soins dans le réseau des CLSC que l'adaptation est quasi constante, et la demande va plus vite que notre capacité de s'y adapter. C'est comme si on courait toujours après plus de ressources, plus de personnel pour rencontrer plus de malades qui sont sortis plus rapidement des établissements. Alors, oui, c'est bénéfique, mais on est encore à chercher notre souffle pour répondre à tous les besoins.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Skene. Alors, je cède maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Williams: Merci, M. le Président. Merci, Mme Skene, pour votre présentation. Vous avez mentionné qu'il y a un problème avec le seuil. Ils doivent monter le haut, et la franchise est trop chère, le copaiement est trop cher. Mais aussi vous avez mentionné, page 7 de votre mémoire, qu'on observe des retards de remboursement des médicaments au-dessus de tout ça. Pouvez-vous expliquer un peu plus cette problématique et comment on peut corriger ça?

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Bien, écoutez, je pense que dans les régimes privés, vous savez, il y a quand même certaines difficultés parce que tout le monde n'a pas la carte de paiement du médicament, ou vous ne payez que la portion excédentaire à ce qui est prévu au régime. Parce que cette carte-là, c'est aussi des coûts d'administration plus élevés pour la compagnie d'assurances. Donc, la personne qui est à faibles revenus — qui travaille, mais qui est à faibles revenus — qui a une facture pour un enfant qui fait une otite, avec les nouveaux antibiotiques qui coûtent... Vous allez dépenser facilement 50 \$, 60 \$, 100 \$ en antibiotiques, vous allez devoir le verser immédiatement, et la semaine, 15 jours, ce qui peut sembler très rapide quand on n'attend pas après cet argent-là... Mais, quand vous avez un revenu de 20 000 \$ par année, ce qui vous reste à chaque semaine, c'est important parce que c'est ce qui doit aller sur la table de la famille. Alors, ce délai-là est trop important.

Et les coûts liés à la gestion des régimes privés sont beaucoup plus élevés que les coûts liés à la gestion publique des régimes. Nous, on est un groupe qui... À travers les années, on a développé une certaine expertise dans la gestion de notre régime d'assurance collective et on a négocié les coûts, les frais d'administration et on a cherché des méthodes pour éviter l'augmentation, comme d'éliminer les médicaments tablette, etc. On a pris certaines mesures qui ont été adoptées par les infirmières, mais, malgré tout, selon les différentes composantes, les différentes facettes de nos régimes, les coûts de gestion, d'administration de la compagnie d'assurances roulent entre 10 % et 12 %, ce qui est quand même très élevé quand on regarde le volume de primes, les dizaines de millions, sur certaines périodes, qui sont versées en primes. Donc, le CAPSS vient augmenter les frais d'administration, et en bout de piste, dans un régime, vous le savez, vous finissez toujours par payer tous les frais. Alors, vous le payez en plus.

M. Williams: Merci. Une autre question, M. le Président. Sur votre série de recommandations, je vois que vous avez recommandé, dans le cadre d'une politique médicaments, l'introduction à la liste des médicaments des produits qui constituent une amélioration substantielle. Je voudrais mieux comprendre cette recommandation parce que j'ai toujours cru qu'on inscrit les médicaments sur la liste juste si effectivement il y a une amélioration

substantielle. Je voudrais juste mieux comprendre votre recommandation.

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, ce qu'on propose aussi, vous l'avez vu, nous, on ne veut pas abolir le Conseil consultatif de la pharmacie ni le... Bon. On pense qu'il faut garder les deux instances, qu'il y ait une indépendance dans ces groupes-là pour faire la meilleure évaluation possible. À partir du moment où on fusionnerait les groupes, il nous apparaît que la portion des groupes socioéconomiques, donc, qui ont des intérêts diversifiés prendrait plus d'importance et pourrait compromettre justement la politique de l'inscription du médicament qui apporte une réelle amélioration.

Vous savez, des médicaments peuvent être extrêmement efficaces, puis ce sont des médicaments qui ont 15, 20 ans, 30 ans d'âge, qui ont toujours la même efficacité, mais il en arrive un nouveau, tout aussi efficace, qui est composé différemment, mais qui donne des résultats identiques, et la tentation est souvent grande, à cause des pressions qui s'exercent sur les personnes qui ont à prendre des décisions, de réinscrire un médicament qui n'a pas d'effets différents, mais qui a une composition nouvelle. L'aspirine, ça fait des dizaines d'années que ça existe, et pourtant on s'en sert encore dans de multiples situations. Alors, je pense qu'on est, nous, très sensibles à... On dit: On change une molécule parfois, on vient de créer un nouveau médicament. Les effets secondaires sont ni plus ni moins importants que ce qu'il y avait avec le médicament qu'il remplace, mais pourtant son coût est de 10, 15, 20 fois supérieur. Alors, quand on veut contrôler le coût, nous, on croit qu'il faut vraiment qu'il y ait une étude approfondie et que des spécialistes en pharmacologie doivent se pencher sur ça, et que ça leur appartient de faire cette inscription.

M. Williams: Et une bonne étude de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Mme Skene (Jennie): Oui.

M. Williams: Dernier point, M. le Président. Encore sur votre liste de recommandations, vous suggérez une révision du paiement à l'acte. Je voudrais vous entendre sur ça.

● (12 h 30) ●

Mme Skene (Jennie): Oui. Écoutez, d'abord le paiement à l'acte... Nous, on ne pense pas que ce soit un paiement à salaire qui va régler tous les problèmes du réseau de la santé, pas plus qu'un paiement à l'acte pur. On pense qu'il doit y avoir d'autres mécanismes qui soient mis en place, parce que ce qu'on constate, c'est que souvent, dans les études qui ont regardé la pratique médicale plus à fond, qui sont allées plus en détail, le temps qui est passé avec le malade dans un paiement à l'acte est beaucoup plus rapide, et la prescription vient plus rapidement aussi. Donc, il nous apparaît que des

modèles différents, des modèles mixtes comme on en trouve maintenant pour les salles d'urgence qui ont un petit volume, où on a une certaine portion qui est à tarif et une autre portion...

On pense, nous, qu'il faudra explorer d'autres modes de rémunération du monde médical pour atteindre un meilleur équilibre. Il ne faut pas jeter à la poubelle tout ce qui est là. Et on pense qu'il y a une composante qu'il est important de prendre en considération: le temps où vous êtes avec le malade qui vous consulte, c'est un temps important. Et on sait que la population, qui entend tout ce qui se dit sur les médicaments par des publicités télévisées, va insister auprès de son médecin pour avoir ci ou pour avoir ça, alors que, si on avait passé un peu plus de temps, on aurait peut-être pu le rassurer et on n'aurait peut-être pas fait de prescription de telle nature.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Skene. Alors, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Une dernière question, Mme Skene. Vous parlez d'une politique du médicament, d'autres groupes également en ont parlé. Je me demande, est-ce que c'est quelque chose qui est vraiment possible? Et je vais vous dire pourquoi. C'est qu'en 1997 je pense, en juillet 1997, le ministre Rochon avait annoncé qu'il y aurait une politique du médicament. Nous sommes près de trois ans, depuis, et il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de choses de faites. Alors, je me dis: Est-ce que ce n'est pas un peu un vœu pieux? Est-ce que c'est un projet qui est trop large, c'est un objectif qui est trop grand et ce n'est pas possible ou si vraiment, selon votre expérience et ce que vous savez, oui, ce serait possible de le faire? Et, si oui, comment?

Le Président (M. Labbé): Alors, une courte réponse...

Mme Skene (Jennie): Je vais essayer d'être le plus court possible. Moi, je pense que, oui, c'est faisable. Vous savez, on a bâti des politiques pour la santé mentale, ça a pris des mois de travail, ça s'était parlé pendant des années. Depuis les débuts de la désinstitutionnalisation qu'on parlait de politique en santé mentale. Bon. On a maintenant des résultats. Mais il faut y consacrer de l'énergie. Et je pense qu'à partir du moment où on considère que le médicament est aussi important que l'hospitalisation, que les nouvelles technologies pour la santé de la population du Québec, on devrait y consacrer l'énergie qu'il faut pour la mettre en place.

Le Président (M. Labbé): Merci beaucoup, madame. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Juste une petite correction que je voudrais apporter sur votre

mémoire, et je pense que c'est peut-être une mauvaise perception ou une interprétation de nos textes. Vous dites que vous voyez d'un mauvais oeil l'arrivée dans ce lieu de décision — le Conseil consultatif de pharmacologie — des représentants de l'industrie la plus lucrative au monde. C'est à la page... Attendez un petit peu. C'est dans le résumé que je l'ai pris, moi. Alors, il n'est pas prévu qu'il y ait de représentants de l'industrie pharmaceutique à ce niveau de décision et dans ces lieux de décision. J'ai posé la question cependant, depuis qu'on a commencé la commission, sur le fait qu'on puisse éventuellement demander des contributions de l'industrie pharmaceutique dans des comités où évidemment il y aurait d'autres partenaires gouvernementaux ou professionnels et où là on pourrait procéder à certaines recherches mais pas au niveau du CCP. C'était juste pour être claire, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté à cet égard-là.

Je veux revenir maintenant sur deux recommandations que vous faites sur ce que vous croyez qu'on devrait inclure dans la politique du médicament. Deux choses. Ici, vous dites — c'est à la page 26 de votre mémoire: «Encadrement serré des pratiques de promotion et de marketing de l'industrie pharmaceutique.» À quoi faites-vous référence ou à quoi pensez-vous?

Le Président (M. Labbé): Mme Skene.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, nous, quand on a cité l'exemple de l'Association de l'Alzheimer, je pense que, pour nous, c'était un exemple à ne pas suivre. Quand vous êtes subventionnés directement par la compagnie qui vient de sortir un médicament qui, entre guillemets, est sensé être merveilleux — il faudra encore en faire la démonstration avec les personnes qui sont atteintes d'Alzheimer — quand vous êtes directement impliqués pour supporter financièrement sondages, conférences de presse, etc. du groupe qui est, lui, émotivement pris dans cette situation, vous n'avez pas besoin d'être impliqués sur le comité de surveillance fusionné ou pas. Parce que, si vous avez des personnes de la population ou de groupes socioéconomiques qui y sont représentées, veux veux pas, on vit dans une société, on arrive avec notre vécu, on arrive avec nos expériences personnelles, et ça teinte automatiquement nos positions et nos décisions. Et de telles pratiques, selon nous, ne devraient pas avoir cours. C'est un des exemples qu'on donne.

Il y a beaucoup de publicités sur les médicaments qui sont faites, et, moi, je pense que les personnes qui doivent choisir le médicament qui est le meilleur pour vous, ça doit être votre médecin puis ça doit être votre pharmacien quand ce sont des médicaments qui sont sur les tablettes. Et c'est toujours difficile de tracer une ligne, j'en conviens. Mais il nous apparaît que, si on ne trace pas cette ligne-là, les budgets en marketing vont dépasser toujours les budgets en recherche et développement et vont... Vous avez l'influence de la population qui va réclamer que tel, tel, tel ou tel médicament soit couvert par le régime privé ou le régime d'État, alors

que la démonstration n'est pas toujours faite qu'il y a une nécessité absolue qu'il y soit inscrit.

Le Président (M. Labbé): Mme la ministre.

Mme Marois: Oui. Une dernière question, c'est sur la notion du prix de référence. C'est une des pistes que nous suggérons aussi dans le rapport. Vous l'appuyez. J'ai eu des commentaires de certains intervenants qui nous disaient que ce n'était pas vraiment un succès là où ça s'appliquait. Alors, vous, vous faites référence au fait que la stratégie d'utilisation du prix de référence a été «utilisée avec succès — je vous cite, en fait — en Allemagne, en Nouvelle-Zélande et [...] en Colombie-Britannique». D'autres nous disent — et puis là je vais aller évidemment chercher l'information de façon plus précise — qu'il y aurait eu beaucoup d'accrochages, que ça aurait été assez difficile. Est-ce que vous pouvez nous éclairer un peu sur ça?

Mme Skeene (Jennie): Non.

Mme Marois: Non. Si ce n'est que vous avez aussi consulté de la documentation sur ces questions.

Mme Skeene (Jennie): C'est ça. Et, à ma connaissance, on n'a pas eu de documents ou de dossiers qui nous ont été accessibles où on mentionnait des difficultés insurmontables à cet égard-là.

Le Président (M. Labbé): Mme Mercier, un commentaire?

Mme Mercier (Lucie): Bien, je voulais juste ajouter qu'il n'y a pas juste une méthode aussi pour le prix de référence, semble-t-il qu'il y en a trois différentes qui peuvent donner aussi des résultats qui sont différents.

Mme Marois: Oui, c'est ça. Alors, effectivement, on est en train de documenter ça au ministère, d'aller un petit peu plus loin sur ces questions-là.

Alors, je vous remercie de votre intéressant mémoire. Il vient nous apporter d'autres éléments d'analyse et d'information et un éclairage qui sera pertinent pour la suite des choses. Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Skeene, Mme Mercier, merci beaucoup de votre présentation. Compte tenu que l'ordre du jour est maintenant épuisé, on va faire une première à tous les quatre ans, nous ajournons à mardi, le 29 février, à 9 h 30. Ça arrive une fois par quatre ans. Merci, tout le monde, et bonne fin de semaine!

(Fin de la séance à 12 h 38)