



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 29 février 2000 — N° 29

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (5)

**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 mardi 29 février 2000

Table des matières

Auditions	1
Groupement provincial de l'industrie du médicament (GPIM)	1
Organisation populaire des droits sociaux de la région de Montréal (OPDS-RM)	7
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	15
Centre juif Cummings pour aînés	23
Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec	30
Coalition communautaire sur la santé de Notre-Dame-de-Grâce (CCHC)	37
Société d'arthrite	43
Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal (FAECUM)	52
Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM)	59

Intervenants

M. Yves Beaumier, vice-président
M. Gilles Labbé, président suppléant

Mme Pauline Marois
M. Yvon Marcoux
M. Russell Williams
Mme Diane Barbeau
M. Russell Copeman
Mme Fatima Houda-Pepin
Mme Lyse Leduc

- * M. Pierre Morin, GPIM
- * Mme Jocelyne Gamache, OPDS-RM
- * Mme Khadija Benabdallah, idem
- * Mme Jacline Piché, idem
- * Mme Lucie Bastien, idem
- * M. Claude Gagnon, AQPP
- * M. Normand Cadieux, idem
- * Mme Benita Goldin, Centre juif Cummings pour aînés
- * Mme Jeanne d'Arc Zingboim, idem
- * Mme Evelyn Sacks, idem
- * M. Daniel Larouche, Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec
- * M. Marc Girard, idem
- * M. Philippe Nolin, CCHC
- * M. David Woodsworth, idem
- * M. Louis Roberge, Société d'arthrite
- * M. Jacques Brown, idem
- * M. Patrick Lebel, FAECUM
- * M. Joël Monzée, idem
- * M. Antoine Boivin, idem
- * M. François Tremblay, idem
- * Mme Michelle Lussier Montplaisir, CRUM
- * Mme Danielle Doyon, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 29 février 2000

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

(Neuf heures trente-cinq minutes)

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

Est-ce que, Mme la secrétaire, il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Gagnon-Tremblay (Saint-François) sera remplacée par M. Williams (Nelligan); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); et Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) par Mme Houda-Pepin (La Pinière).

Auditions

Le Président (M. Beaumier): Merci. Pour nos travaux de la journée, alors nous recevons dans un premier temps, à 9 h 30, le Groupement provincial de l'industrie du médicament. Ensuite, ce sera l'Organisation populaire des droits sociaux de la région de Montréal. Ensuite, ce sera l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et puis le Centre juif Cummings aux aînés. Et, cet après-midi, la Société canadienne de la sclérose en plaques (division du Québec), la Coalition communautaire sur la santé de Notre-Dame-de-Grâce, la Société d'arthrite, la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal et, finalement, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments.

Alors, je comprends que M. Boivin est déjà avec nous.

**Groupement provincial de l'industrie
du médicament (GPIM)**

M. Morin (Pierre): Bonjour, M. le Président. Mon nom est Pierre Morin.

Le Président (M. Beaumier): M. Morin?

M. Morin (Pierre): Oui, directeur général du GPIM, et je suis accompagné ce matin de M. Pierre Boivin, président des Laboratoires Pro Doc. Et je devais être accompagné... Ah! je suis...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Morin (Pierre): Je croyais qu'il avait fait relâche. Et aussi accompagné de M. Pierre Tardif, de Pharmascience.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. Morin, vous pourriez avoir un quart d'heure pour faire votre message, présenter votre mémoire. Ensuite, il y a un quart d'heure de chaque côté qui sera pour des moments d'échanges. Alors, allons-y.

M. Morin (Pierre): Alors, M. le Président, Mmes, MM. les députés membres de la commission, Mme la ministre, j'espère effectivement pouvoir vous donner plus que les 15 minutes habituelles chaque côté pour parler parce qu'on peut résumer notre message en beaucoup moins que les 15 minutes qui nous sont imparties, et je sais que les députés comptent les minutes et aiment bien tenir compte de cette comptabilité.

Essentiellement, on a, je crois, trois messages à vous livrer aujourd'hui. Le premier, c'est l'importance — et je crois que plusieurs des participants l'ont soulevé et d'autres le soulèveront plus tard dans la journée — de la revue d'utilisation des médicaments d'abord comme bonne médecine puis, deuxièmement, comme un moyen qui s'est avéré efficace de contrôler les coûts des médicaments eu égard aux bénéfices qui en résultent, parce qu'il faut bien voir qu'actuellement nous parlons beaucoup de coûts des médicaments. On parle très peu des bénéfices, on présume des bénéfices. Très difficile, certains arrivent toujours avec des mesures des bénéfices, mais il n'y a pas de discipline systématique qui, actuellement, encadre l'utilisation des médicaments.

Je devrais dire, notre déception en lisant les pistes d'orientation, les pistes de solution et l'évaluation, c'était de constater à nouveau après 10 ans que l'instauration de la revue d'utilisation des médicaments comme discipline était encore un moyen à envisager à long terme. Aux États-Unis, en 1991 — c'est déjà, là, neuf ans — le gouvernement fédéral, dans les mesures budgétaires, a obligé tous les États qui ont des programmes à frais partagés à réaliser une revue d'utilisation des médicaments. C'est la loi qui l'oblige. Nous, eh bien, on s'en va à la petite semaine en laissant un peu tout le monde jouer là-dedans.

• (9 h 40) •

Nous avons eu l'occasion de lire le mémoire et la transcription des échanges que vous avez eus avec le Collège des médecins, Collège qui mettait aussi l'accent sur l'instauration de la revue d'utilisation des médicaments, qui, par ailleurs, trouvait qu'il y avait peut-être un peu trop de proximité entre le comité proposé et le gouvernement. Je pense qu'il faut effectivement constater qu'il y a une très grande proximité. Bien, ça serait peut-être le temps, effectivement, de demander aux ordres professionnels intéressés visés, notamment le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens, de se charger de

mettre en place la revue des médicaments avec, cependant, l'exigence de garantie, l'exigence de performance, et à ce moment-là je pense qu'on aurait d'abord peut-être une meilleure médecine, deuxièmement, un meilleur contrôle sur le coût des médicaments. Ça, c'est le premier point.

Le deuxième, vous l'attendez, vous vous en êtes déjà même gavés, c'est celui de l'instauration de la politique du plus bas prix, l'élimination de la règle des 15 ans. On vous en a entretenu encore vendredi dernier, et les sociétés multinationales vous ont demandé de la conserver. Dans le fond, le message que le gouvernement envoie à la communauté: souvent, des gens qui ont peine à acquitter le coût des médicaments qu'ils achètent, c'est que, en plus d'augmenter leur cotisation, il faudra continuer à donner une participation, une part *ex gratia* à l'industrie pharmaceutique multinationale au-delà de ce que font toutes les provinces avec qui elles font affaires ailleurs au Canada.

C'est un peu gros comme message. C'est un peu gros, et c'est peut-être d'autant plus gros que, dans son témoignage, M. Marcheterre nous indiquait qu'il n'y avait rien là, hein? C'était quoi, 14 000 000 \$, 15 000 000 \$? Une foutaise par rapport aux 2 000 000 000 \$. Effectivement, mais, un peu plus loin dans son témoignage, il a signalé que ce 14 000 000 \$, 15 000 000 \$, s'il disparaissait, ça représentait un manque à gagner de 60 000 000 \$ à 100 000 000 \$ pour les industries ou les entreprises de son groupe. Personne ne l'a relevé et personne ne lui a posé la question: Qui paie ce 60 000 000 \$ à 100 000 000 \$ là? Ce ne sont pas les anges, à ce que je sache. Mais la question est restée là, bien entendu, et on a vanté les mérites de ces entreprises.

Enfin, troisième point, celui du prix de vente garanti. On n'en parle pas nulle part. On dit que ça existe, on sait, nous, que ça n'est pas respecté, que ça ne l'a pas été. On a entrepris des démarches sérieuses pour trouver une alternative à la situation actuelle où il existe des règles, mais où le responsable de leur application prend quatre ans pour se retourner de bord. Je caricature un peu, disons trois ans et demi pour se retourner de bord, pour faire enquête. Entre-temps, le mal est fait dans bien des cas, et là effectivement il y a des réclamations, oui, mais l'objet pour lequel l'argent a initialement été dépensé en contravention des règles a atteint son objectif: des gens ont acheté des parts de marché. Alors, il nous apparaît important d'avoir une règle sur le prix de vente garanti et de faire en sorte qu'elle soit respectée.

Nous avons fait des propositions, on les mentionne dans notre mémoire. Ces propositions-là sont toujours valables, et on a toujours aujourd'hui le même problème du non-respect, d'une part, du prix de vente garanti, mais on a un autre problème qui est venu s'ajouter à ça, qui est celui, effectivement, qui touche les produits vendus à des grossistes ontariens et qui arrivent au Québec à toutes fins pratiques hors règles. Alors, c'est ça, essentiellement, les trois points dont on veut vous saisir ce matin.

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

Mme Marois: Je vous remercie, M. le Président. Je remercie nos invités de leur présentation. Deux commentaires. Un premier, je veux rassurer les gens qui sont devant nous, ce n'est pas la revue d'utilisation du médicament qui est engagée à long terme, mais à long terme nous pensons que, si nous sommes plus déterminés et si nous agissons avec plus de fermeté et que nous nous dotons de meilleurs moyens pour assurer une revue d'utilisation du médicament, il y aurait effectivement des économies dans l'ensemble autant du régime d'assurance médicaments public que dans la consommation en général de médicaments. Alors, c'est dans cette perspective-là qu'on a utilisé la notion de long terme, mais de fait notre intention est, au contraire, d'aller beaucoup plus loin justement quant à ce concept de la revue d'utilisation du médicament. Et, à chaque groupe qui est venu j'ai posé un certain nombre de questions, d'ailleurs je vais aussi en aborder avec vous parce que je crois que c'est une piste fort intéressante sur laquelle on doit travailler.

Rassurez-vous, ça ne m'avait pas échappé, ce 60 000 000 \$ qui, de capacité de marché ou de part de marché en termes de ventes, pourrait être perdu par certaines sociétés pharmaceutiques. Ça s'explique assez facilement, parce que déjà, nous, en utilisant le prix le plus bas et le prix de référence, on arrive à des économies de l'ordre d'une quarantaine de millions. Et, comme à partir du moment où on retiendrait cette hypothèse-là, parce que c'est une des hypothèses qui est évaluée... À partir du moment où on retiendrait cette hypothèse-là, ça a un impact aussi sur les régimes privés parce que la liste, elle, est confectionnée en fonction de nouvelles données, dont entre autres la question du prix le plus bas, et, comme les régimes privés doivent assurer minimalement une même couverture que le public, ils n'iront pas privilégier d'autres types de médicaments que ceux que la loi prévoit ou encadre. Alors, en ce sens-là, je suis très consciente de ce que ça signifie que la question du prix le plus bas et d'autres types de stratégies qui, évidemment, concernent davantage les sociétés pharmaceutiques qui mettent sur le marché de nouveaux produits et qui sont protégés par la règle du 15 ans.

Quand je m'assois ici, j'écoute attentivement les gens qui viennent présenter des mémoires, en plus du fait que, comme vous, je peux retourner à ce qui s'est dit parce que ça reste au *Journal des débats*.

Bon, maintenant venons-en avec des questions un petit peu plus précises. Vous dites à la page 3 de votre mémoire: «Nous nous classons parmi ceux qui favorisent d'emblée l'utilisation rationnelle des médicaments et qui préféreraient que les principes de la discipline de la revue d'utilisation des médicaments s'appliquent a priori plutôt qu'a posteriori.» Quelles seraient les façons de faire que vous nous proposeriez pour agir de cette façon-là? Je pense, entre autres, à l'utilisation du logiciel de bon usage des médicaments avant la prescription de ceux-ci par le médecin ou avant la dispensation par le pharmacien. Je donne les exemples auxquels on a référé en discutant ici avec mes collègues, là, mais j'aimerais ça que vous puissiez un petit peu plus loin cette question.

● (9 h 50) ●

M. Morin (Pierre): C'est effectivement un des moyens, mais ce n'est pas à nous... Il faut faire bien attention, je ne voudrais surtout pas usurper le rôle de ceux qui s'y connaissent beaucoup mieux. Mais je pense qu'on peut vous livrer le fruit de notre participation à un certain nombre de comités mis sur pied, entre autres par votre ministère, au fil des 10 dernières années, aux comités présidés par un sous-ministre adjoint. Je me souviens d'au moins deux puis je crois qu'il y a eu un troisième groupe de travail présidé par un sous-ministre adjoint. On arrivait, tout le monde, à la conclusion que la voie à suivre était l'implantation de la revue d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire, et, une fois que venait le temps de dire: Parfait, il faut aller à l'autre étape, eh bien, le sous-ministre adjoint en question passait à un autre ministère; était réaffecté ailleurs, et là tout cessait. Ce n'est pas arrivé depuis que vous êtes là, Mme la ministre, je le signale, mais c'est quelque chose qu'on vit depuis déjà une bonne dizaine d'années.

Il y en a eu un deuxième, il s'appelait un peu différemment celui-là, c'était sur l'utilisation rationnelle des médicaments. La même chose est arrivée, juste comme on arrivait sur les moyens, on avait tous... On avait un accord sur ce qu'on devait faire, et, quand on arrivait sur les moyens, poum! le comité disparaissait. Le dernier, tu en étais membre aussi, Mme Dillard qui le présidait.

Et il existe effectivement des outils. Quand on parle a priori, c'est effectivement... On peut commencer avec certains outils qui existent sur le marché. On en parlait, j'en parlais même un peu plus tôt ce matin avec un de vos conseillers justement sur la disponibilité de ces outils. On a même voulu en développer un nous-mêmes. Il y a quelques années, on avait commencé, et malheureusement ça n'a pas eu de suite. Mais, s'il n'y avait pas d'outils, il faudrait quand même qu'il y ait des références d'accès faciles pour que le médecin, le prescripteur puisse avoir une idée s'il commence bien. Et je me réfère entre autres au témoignage devant la commission, ici, du Dr Garon qui vous parlait effectivement de l'utilisation des anti...

Mme Marois: Des anti-inflammatoires, je pense.

M. Morin (Pierre): Non. Des antibiotiques.

Mme Marois: Ah oui, les antibiotiques. Oui, oui.

M. Morin (Pierre): Il parlait de commencer par la pénicilline et, par la suite... Donc, s'imposer un peu la discipline de commencer par le médicament, l'indice thérapeutique le plus large et puis, par la suite, rétrécir en fonction, effectivement, des besoins du patient. Certains, il faut que ça soit tout de suite très étroit. Mais, malheureusement, il n'y a pas cet ouvrage de référence ou cet outil de référence à la main, près du prescripteur, qui lui soit facilement accessible. Il y a des guides thérapeutiques préparés par le Conseil consultatif qui sont souvent perçus comme étant très directifs. Je ne sais pas si ça aide, leur utilisation ou non, mais vous avez eu

essentiellement des commentaires à cet effet-là. Je pense que, pour bien s'implanter, il faudrait que ça soit des références et un cadre de référence qui soit en dehors du ministère et qu'il n'y ait pas de relations avec le tiers payeur. Il y a un problème de crédibilité finalement. Les médecins, présentement, perçoivent qu'on veut restreindre un peu leur liberté — peut-être pas à tort — mais, de l'autre côté, on veut en même temps réduire le coût d'utilisation des médicaments. Alors, c'est ça. Et c'est dans ce sens-là qu'on dit a priori. Effectivement, s'il y a des outils, on devrait les utiliser, on devrait en répandre l'utilisation. Et il en existe des outils, mais il faut aussi avoir par la suite le contrôle a posteriori, c'est-à-dire ce qu'on appelle l'étude ou la revue en rétrospective de l'utilisation des médicaments. Il y a les deux, l'un ne va pas sans l'autre.

Mme Marois: D'accord. Actuellement, on a un comité de revue de l'utilisation du médicament qui est hors du ministère, au sens où il y a une grande autonomie à cet égard-là, et une des propositions qu'on fait, une des hypothèses qu'on veut évaluer par la consultation aussi, c'est le fait d'intégrer le comité de révision de l'utilisation du médicament et le Conseil consultatif de pharmacologie, permettant justement d'essayer de travailler dans le même sens pour que les effets des analyses se fassent sentir ensuite sur les décisions de l'autre, évidemment en modifiant par ailleurs la composition des personnes qui seraient responsables de ce nouvel organisme. Avez-vous réfléchi à cette question-là?

M. Morin (Pierre): Non. J'ai simplement lu les commentaires du Collège des médecins sur la question et je pense que les commentaires qu'ils ont faits méritent d'être pris en considération. Il y a peut-être...

Mme Marois: Oui. On suggère qu'on les garde autonomes.

M. Morin (Pierre): Non seulement les garder autonomes, mais peut-être y a-t-il là une porte ouverte pour que ça se fasse par les ordres plutôt que... et ça aurait à ce moment-là peut-être toute l'autorité qu'on souhaite que ça ait.

Mme Marois: Oui. En fait, eux proposent un institut, je crois, hein?

Une voix: L'Ordre des pharmaciens.

Mme Marois: Et c'est l'Ordre des pharmaciens, c'est ça, qui proposait cela entre autres. Une des avenues qu'on a discutées jusqu'à maintenant aussi concernant la revue d'utilisation des médicaments et qui concerne l'industrie pharmaceutique... Et je vous pose la question: Est-ce que vous pensez qu'il est possible de développer des programmes de partenariat à cet égard avec l'industrie? Et, si oui, est-ce que vous seriez prêts à y contribuer financièrement?

M. Morin (Pierre): La réponse, c'est assurément. Mais on parle bien de programmes de partenariat, ce qui implique que le rôle qu'on pourrait être appelés à y jouer serait plus que simplement de financer. Très souvent, on utilise des termes — et c'est fréquent au gouvernement — qui sont communs, qui ont un sens en industrie, mais, quand on arrive au gouvernement, c'est très difficile. On veut bien faire financer, mais le contrôle ne se partage pas. Alors, il faudrait effectivement envisager un partenariat dans le véritable sens du terme, et à cette question-là on dit assurément.

Mme Marois: D'accord. Merci, ça va pour l'instant, M. le Président.

M. Morin (Pierre): Je vais simplement ajouter un tout petit commentaire à ça, et ça urge peut-être beaucoup plus que de se pencher sur la gestion thérapeutique qui est une autre proposition qui vous a été faite.

Mme Marois: O.K. Oui, je sais.

Le Président (M. Beaumier): Merci. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Oui. Merci, M. le Président. Alors, messieurs, bienvenue, et merci de votre présentation et de votre mémoire. Vous insistez beaucoup sur tout ce qui touche l'utilisation du médicament, et avec raison. Il y a plusieurs groupes également qui l'ont fait dans les présentations devant la commission. Je me demande, à un moment donné, là, qu'est-ce qu'on peut faire pour vraiment, de façon concrète, mettre en application ce que vous suggérez et je vais m'expliquer. Vous dites que c'est à long terme — donc, à long terme, ça peut être long — avant que nous ayons les effets bénéfiques qui peuvent en résulter.

En 1997, vous savez, le ministre de la Santé de l'époque avait annoncé l'élaboration d'une grande politique du médicament qui inclurait évidemment une meilleure utilisation des médicaments, améliorer l'information aux usagers, aux professionnels, développer la recherche évaluative dans le domaine du médicament. Trois ans après — ou presque trois ans — il ne semble pas qu'il se soit passé grand-chose. Par ailleurs, aux États-Unis, vous dites que depuis 1991 il semble qu'on procède à des revues d'utilisation des médicaments de façon plus efficace. J'aimerais peut-être vous entendre sur ce qui semble être l'expérience ailleurs, où est-ce que ce qui s'est fait aux États-Unis semble avoir rapporté des bénéfices, et comment au Québec, là, on peut, je dirais, commencer à faire des choses. Depuis trois ans, il semble qu'il y a eu beaucoup de comités, mais finalement il ne s'est rien passé.

● (10 heures) ●

M. Morin (Pierre): Il faut peut-être d'abord commencer, M. le député, M. le Président, par dire que le long terme, nous, on le déplorait, on ne l'invoquait pas en matière de revue d'utilisation des médicaments. Il ne faut pas croire qu'il ne s'est rien fait. Il s'est fait même beaucoup au Québec en matière de revue d'utilisation des

médicaments. Ça s'est fait beaucoup dans le milieu des établissements, au point où il y avait non seulement la revue rétrospective, mais il y avait la revue prospective. Ce qu'on n'a pas réussi à faire, ça a été de transposer ça dans le milieu ambulatoire. Pourtant, tout est là. Mais ça demande une volonté, ça demande effectivement un partenariat de plusieurs acteurs pour transposer ça du milieu de l'établissement en milieu ambulatoire. Mais il y a déjà un travail énorme de fait. Il ne faut pas croire que... En fait, le gros problème, c'est qu'on ne s'en sert pas. Ce n'est pas que ça n'existe pas, on ne s'en sert pas. Et on doit passer vers l'utilisation.

Effectivement, ce que ça fait, la revue d'utilisation des médicaments, c'est d'abord une bien meilleure médecine. Les gens reçoivent le bon médicament, dans le dosage prescrit, et on s'assure que la conformité au traitement est maintenue. On s'assure aussi qu'il n'y a pas de contre-indication avec d'autres médicaments ou avec d'autres aliments. Et on voit à ce que le médicament ait l'efficacité qu'on en attend; s'il ne l'a pas, on le remplace. Fondamentalement, c'est ça. Ce n'est pas, j'allais dire sorcier, mais c'est une discipline, et, comme toute discipline, il faut s'y astreindre, il faut la vouloir, il faut la mettre en place.

Or, là-dessus, il y a des gens... disons-le, le tiers payeur veut que ceux qu'il paie soient disciplinés. Il va même tenter de les discipliner. Mais il ne les discipline pas nécessairement pour les bonnes raisons. Il les discipline parce qu'il est tiers payeur puis il ne veut pas payer plus cher ou il veut réduire ses coûts. Alors qu'ici la discipline première, c'est celle de faire de la bonne médecine et d'en attendre des résultats qui ne vont pas nécessairement épargner, mais qui vont contrôler les augmentations de coûts — en général, c'est ce que ça fait — et, dans bien des cas, ça a occasionné des épargnes. Mais on sait qu'on a les bénéfices qui sont escomptés de l'utilisation des traitements thérapeutiques.

Ce qu'on ne sait pas actuellement, le grand drame actuellement, c'est qu'il se dépense 2 000 000 000 \$ par année de médicaments sous ordonnance au Québec, puis on en voit une partie qui retentit dans les hôpitaux et dans les urgences parce qu'ils sont malades, mais les véritables bénéfices, on ne les mesure pas, on ne les voit pas. On ne sait pas si les médicaments sont bien utilisés, à bon escient, dans les dosages qu'il faudrait. C'est ça, le problème.

M. Marcoux: Et, selon vous, et vous y avez brièvement fait allusion tantôt, comment il serait possible d'en arriver assez rapidement à des résultats à cet égard-là? Comment faudrait-il mettre en oeuvre, quels sortes de moyens et qui devrait prendre le leadership? Parce que c'est quand même une question fort importante. Il y a des impacts à la fois sur les patients, dans le fond, parce que, s'ils ne prennent pas une bonne médication, c'est également mauvais et aussi en termes de coûts.

M. Morin (Pierre): Le leadership, en fait, pourrait fort bien — j'allais dire «devrait», mais je vais me limiter

à «pourrait fort bien» — venir des deux ordres professionnels qui sont les plus impliqués avec le médicament, entourés effectivement d'autres organisations, que ça soit les fabricants, que ça soit des syndicats professionnels. Effectivement, il y a lieu de bâtir là un groupe en partenariat qui verrait à l'application de la discipline et qui le ferait avec crédibilité. Parce que ça, c'est l'autre partie qui manque peut-être, jusqu'à maintenant. On ne croit pas toujours les motifs de ceux qui veulent imposer des choses, les motifs sont peut-être suspects. Alors, il y a peut-être cette distance-là à prendre et dire: Bon, bien, voilà, vous avez à charge de mener ce programme-là à bien et puis on vous en tiens à des résultats, assurez-vous que ça se fait.

M. Marcoux: Peut-être une dernière question. Quand vous dites que les motifs sont peut-être suspects, qu'est-ce que vous voulez dire par ça?

M. Morin (Pierre): Écoutez, il n'y a pas un assureur qui n'aimerait pas payer moins. Alors, dans le fond, l'intérêt de l'assureur, qu'il soit gouvernemental ou privé, c'est de payer moins. Alors, dans ce sens-là, il va tenter, lui, de payer le moins cher possible. Et quelqu'un qui est au bout qui prescrit dit: Aie! minute, là, vous m'enlevez la liberté de prescrire ce que je crois être le meilleur produit pour mon patient. Il y a là une résistance, et c'est tout à fait normal. Et celui qui veut intervenir pour imposer ce contrôle-là est suspect.

Le Président (M. Beaumier): Est-ce qu'il y a d'autres intervenants? M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, M. le Président. Merci, M. Morin, pour votre présentation. C'est toujours intéressant de vous entendre avec une présentation pondérée comme vous avez juste faite pour le Groupement provincial du médicament.

Vous êtes le premier représentant de l'industrie depuis la fin de semaine et, pendant mon travail, pendant la fin de semaine, j'ai rencontré plusieurs groupes et personnes, et ils ont demandé... Parce qu'ils ont tous vu dans les médias, la semaine passée, que les États américains veulent avoir accès à nos médicaments. Il y a trois États, New Hampshire, je pense, Maine et Vermont.

M. Morin (Pierre): L'État de New York aussi.

M. Williams: New York. O.K. Et ils ont demandé: Comment se fait-il que nous sommes en train de discuter des prix des médicaments ici, au Québec, et on dit que c'est trop cher, etc., mais sauf que les Américains veulent y avoir accès? Je voudrais juste profiter de votre présence. Est-ce qu'effectivement ils sont moins chers ici?

Et d'autres choses que j'ai entendues — et, quand j'ai eu une chance de parler avec les représentants de votre industrie, j'ai demandé la même question aussi — j'ai entendu que les produits de marque de commerce sont moins chers ici et que les génériques sont plus chers qu'aux États-Unis. Je voudrais juste savoir un peu. Je

présume que c'est vrai que nos médicaments sont plus chers. Et pourquoi?

M. Morin (Pierre): Très brièvement, il existe au Canada le Conseil d'examen du prix des médicaments. Lorsqu'un nouveau médicament est lancé, il est soumis au contrôle du Conseil, et le prix des médicaments est généralement établi en fonction des avantages perçus. Autrement dit, si un médicament évite le coût d'une intervention chirurgicale, on va calculer le coût de l'intervention chirurgicale et on va établir le prix du médicament comme étant un pourcentage, disons, en termes d'hypothèses, de 75 % du coût de l'intervention chirurgicale. Donc, le traitement thérapeutique est une épargne par rapport au traitement alternatif qui est prévu. Au Canada, le traitement médical, disons, l'intervention chirurgicale coûte beaucoup moins cher qu'aux États-Unis. Alors, on se retrouve avec un prix de lancement nécessairement, au Canada, moins cher qu'aux États-Unis. Bon. Ça, c'est le prix affiché.

Parce que, aux États-Unis, il ne faut pas oublier une chose, il y a des HMO. Les HMO disent aux multinationales: Le prix de votre médicament, si vous voulez le voir inscrit sur nos listes, c'est à tel prix qu'on l'accepte. Alors, les Américains des États limitrophes qui veulent absolument pouvoir obtenir leurs médicaments ici, au Canada, c'est parce qu'ils ne sont pas couverts par les HMO, eux autres, ils paient le gros prix. Et, dans ce sens-là, effectivement, ils veulent.

Le prix des médicaments génériques au Canada n'est, dans l'ensemble, pas plus cher qu'il ne l'est aux États-Unis, compte tenu des économies d'échelle. Les entreprises génériques aux États-Unis achètent la matière première à la tonne, quand ce n'est pas au container. Ici, on l'achète au baril, dans certains cas, de 40 ou de 50 kilos. Je peux vous assurer une chose, c'est que ça coûte beaucoup plus cher. Mais, si on tient compte de ça, les prix ici sont aussi peu élevés qu'aux États-Unis.

● (10 h 10) ●

M. Williams: Merci pour votre franchise comme réponse et les détails sur la question des prix. Vous avez parlé beaucoup dans votre mémoire sur la revue de l'utilisation des médicaments. La ministre a discuté de ça un peu, et, effectivement, je pense que c'est une piste qu'on doit suivre. Plus tard, cet après-midi, nous allons entendre le Comité de revue de l'utilisation des médicaments. Et, si j'ai bien compris, ils n'ont pas leur propre budget, ça vient de la RAMQ. Ils ont dit qu'ils n'ont pas les moyens de remplir leur mandat.

Je voudrais peut-être aller dans la même direction que mon collègue le député de Vaudreuil et demander d'aller un peu plus loin. Comment vous voyez le partnership de l'industrie dans cette revue d'utilisation des médicaments? Est-ce que vous voyez que l'industrie... Et, je comprends, votre réponse n'est pas juste financière. Est-ce que vous voyez qu'il y a une représentation officielle? Est-ce que vous voyez que vous pouvez avoir la place à la table pour prendre des décisions, nous aider à aller plus loin? Parce que, si on ne commence pas sur cette avenue,

je pense que nous allons parler encore dans cinq ans qu'on doit faire une meilleure revue d'utilisation des médicaments. Est-ce que vous pouvez aller un peu plus loin comment l'industrie peut participer? Parce que, je pense, sans avoir l'industrie bien impliquée dans les décisions, nous allons continuer de tourner en rond.

M. Morin (Pierre): Effectivement, jusqu'à maintenant, il est peut-être utile de signaler que notre industrie a été souvent appelée à participer, et elle l'a fait dans certains cas. Encore, peut-être, la plus récente participation, c'est l'obligation qu'on nous a faite d'assumer les frais de distribution. Tout à coup, on s'est réveillé un bon matin puis on avait à assumer les frais de distribution, c'était... Alors, ça, disons que c'est une participation non volontaire.

M. Williams: Ha, ha, ha! Mais vous avez accepté.

M. Morin (Pierre): Mais on peut peut-être signaler aussi que nous sommes les seuls à le faire, parce qu'on n'a pas cette même règle-là qui s'applique chez les entreprises de médicaments de marque, les multinationales. Alors, tout ça, en fait, me demander de préciser, on est un peu... Une fois qu'on a dit assurément qu'on est prêts, on a participé déjà, on y croit, ça serait difficile pour nous d'être crédibles à monter un projet. Ce n'est pas à nous vraiment de monter un projet. À partir du moment où il y a un projet sur la table, je pense que ça nous serait facile de se rallier, quitte à le modifier ou à tenter de modifier le projet. Mais encore faut-il qu'il y en ait un sur la table, qu'il vienne de quelque source que ce soit. On vous a indiqué tantôt un peu d'où on souhaiterait que ce projet-là soit issu. Et, à ce moment-là, on va s'y rallier et on va effectivement y participer. C'est aussi dans notre intérêt, il faut bien comprendre, d'y participer.

M. Williams: Merci. Vendredi passé, j'ai questionné l'autre représentant des compagnies génériques sur leur opinion sur l'augmentation des primes, franchises, copaiements, plafonds, etc., tout ce qu'on peut trouver dans les pistes de solution de la ministre. Nous avons entendu beaucoup de groupes qui disent que déjà le 20 %, le 750 \$, le 925 \$, ça fait mal, toute la question de l'utilisation rationnelle des médicaments — la personne choisit de manger ou de prendre les médicaments. Est-ce que votre Groupement provincial de l'industrie du médicament a une opinion sur toute autre augmentation de franchises, copaiements, plafonds?

M. Morin (Pierre): Pas vraiment. Non pas une opinion, mais peut-être simplement une constatation.

M. Williams: Excusez-moi, je n'ai pas entendu.

M. Morin (Pierre): Non, on n'a pas d'opinion, mais on a peut-être une constatation qui est que nous avons nous aussi au GPIM un programme d'assurances collectives pour les employés, les membres du GPIM, et la

croissance des coûts s'est faite sensiblement selon les mêmes facteurs que ceux qu'on constate ici. Alors, dans ce sens-là, s'il y a eu dérapage, il a été sur l'ensemble de la ligne. Mais on ne peut pas dire qu'il y a eu dérapage.

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

Mme Marois: Oui, merci, M. le Président. Je veux revenir sur un autre aspect de votre mémoire et qui concerne le prix de vente garanti. Vous semblez un peu sceptique quant au fait qu'on respecte vraiment cette orientation-là. Bon. Évidemment, je ne veux pas entrer dans les cas précis parce que vous savez qu'on a entrepris des recours judiciaires contre certaines compagnies pharmaceutiques suite à une enquête qui avait été souhaitée par le Conseil consultatif de pharmacologie. Alors, qu'est-ce qui vous rend si sceptiques sur le fait qu'on ne l'applique pas? Parce qu'il me semble qu'on a resserré beaucoup les exigences à cet égard-là et la transparence attendue, si on veut, de la part de ceux qui vendent les médicaments.

M. Morin (Pierre): Il y a eu, M. le Président, deux grandes phases, si on regarde ça, au cours des sept, huit dernières années. Il y avait d'abord le PVG, le PRA — prix de vente garanti, prix réel d'acquisition — où le fardeau de la conformité incombait surtout au pharmacien. Il y a eu une enquête qui a duré trois ans avant qu'on aboutisse effectivement à déposer des réclamations. Et, pendant ce temps-là, pendant les trois ans, en fait, pendant les cinq ans — c'est sur une période de cinq ans: au bout de deux ans on commence une enquête qui dure trois ans et on arrive, finalement, au bout de cinq ans avec des réclamations — il s'est fait beaucoup de mal à l'industrie durant cette période-là. Et d'aucune façon cherche-t-on à réparer le mal à l'industrie. On cherche, en fait, à faire en sorte que la RAMQ se voie remboursée. Après le PRA, on a eu la période où il n'y a que le PVG, prix de vente garanti, qui était en vigueur. Encore là...

Mme Marois: Je veux juste vous demander pourquoi vous dites que ça a fait beaucoup de mal à votre industrie.

M. Morin (Pierre): Parce que, en fait, le non-respect de ces politiques-là vise une seule chose, à s'acheter des parts de marché, hein, c'est ça. Alors, on s'achète des parts de marché, au bout de cinq ans on reçoit une réclamation, on regarde, si la réclamation, en fait, équivaut à peu près à la part de marché qu'on a achetée, on paie la réclamation. Et les autres, eux autres, ceux qui n'ont pas participé? Et ce qu'on vous dit, nous, c'est qu'on n'a pas les moyens de faire ça. C'est ça. En fait, si vous regardez la plus grosse des réclamations connues, c'est plus que le chiffre d'affaires de plusieurs de nos membres.

Le Président (M. Beaumier): D'accord. Alors...

M. Morin (Pierre): Est-ce que ça répond à votre question?

Mme Marois: Oui, ça répond à la question.

M. Morin (Pierre): C'est pour ça qu'on voudrait que ce soit quelqu'un d'autre que la RAMQ qui s'assure de la conformité. C'est ça, notre proposition.

Mme Marois: On va devoir ajouter une organisation gouvernementale.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Morin (Pierre): Non, absolument pas.

Mme Marois: Vous n'aimez pas ça, d'habitude, quand on fait ça.

M. Morin (Pierre): Absolument pas. On a fait des propositions, Mme la ministre, on en a fait de sérieuses; malheureusement, la RAMQ n'était pas en position même de les examiner. On est allé ailleurs. Ce n'est pas fini. On aimerait bien qu'effectivement ces propositions-là demeurent sur la table et qu'on trouve un moyen de faire en sorte que, s'il y a transgression des règles, ça soit réprimé tout de suite, pas cinq ans plus tard.

• (10 h 20) •

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup, M. Morin, ainsi que vos collègues. Alors, j'invite l'Organisation populaire des droits sociaux de la région de Montréal à venir nous rejoindre à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Beaumier): Nous pouvons continuer nos travaux. Alors, j'apprécierais savoir qui est la personne qui sera porte-parole de l'Organisation populaire.

Organisation populaire des droits sociaux de la région de Montréal (OPDS-RM)

Mme Gamache (Jocelyne): On va faire ça collectivement, mais c'est moi qui vais commencer la présentation. Je suis Jocelyne Gamache.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour, Mme Gamache. Et j'aimerais peut-être que chacune se présente aussi.

Mme Benabdallah (Khadija): Khadija Benabdallah.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour, madame.

Mme Piché (Jacline): Bonjour, je suis Jacline Piché.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour.

Mme Bastien (Lucie): Lucie Bastien.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, Mme Gamache, vous avez 15 minutes pour nous faire part de votre mémoire, et ensuite il y aura des échanges de 15 minutes de chaque côté, des ailes parlementaires. Alors, on vous écoute.

Mme Gamache (Jocelyne): Alors, en premier lieu, bonjour.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour.

Mme Gamache (Jocelyne): Je ne présenterai pas seule quand même la position de l'OPDS. Les personnes qui sont ici vont aussi avoir des choses à dire. La première chose dont on voulait vous faire part, c'est qui on est. Alors, on est un groupe de personnes assistées sociales. On n'est pas des spécialistes. On est des gens qui vivent quotidiennement la réalité de l'assurance médicaments. On existe depuis 20 ans puis on est situés dans quatre quartiers de Montréal.

En 1996, quand le régime d'assurance médicaments s'est mis en place, on est allé occuper les bureaux du ministre des Relations avec les citoyens, M. Boisclair, pendant quatre à cinq jours avec les personnes âgées. Quand on est allé là, c'était en juillet 1996, on se doutait déjà de ce qu'allait avoir comme conséquence la mise en place du régime d'assurance médicaments, c'est-à-dire que nos membres allaient devoir choisir entre payer leurs médicaments ou manger, ou payer leurs médicaments puis ne pas payer leur loyer, faire des choix déchirants. Et on est allé là, on a occupé plusieurs jours les bureaux de M. Boisclair. Alors, on voulait que vous sachiez ça avant qu'on commence parce qu'on trouve que ça éclaire un peu ce qu'on a à vous dire aujourd'hui.

Je ne procéderai pas à la lecture complète du mémoire, je vais préférer vous lire le résumé qu'on vous a fait parvenir. Alors, l'Organisation populaire des droits sociaux, dont nous sommes, est un regroupement de défense des droits des personnes assistées sociales. Comme vous le savez, avant la mise en place du régime d'assurance médicaments, les personnes assistées sociales bénéficiaient de la gratuité de leurs médicaments en autant que la médication prescrite figure sur la liste des médicaments couverts par la RAMQ. Depuis août 1996, nos membres qui n'ont pas de contrainte sévère à l'emploi doivent déboursier un montant de 16,67 \$ par mois avant de bénéficier d'une certaine forme de gratuité. Ce nouveau programme, qui a entraîné un lot important de problèmes pour les personnes assistées sociales, mérite assurément que l'on s'y attarde et qu'on en fasse une évaluation sérieuse.

Se soigner ou manger? Un désastre pour les personnes à faibles revenus. En 1996, pendant plusieurs jours, des personnes assistées sociales, des personnes âgées occupaient les bureaux du ministre responsable des Relations avec les citoyens parce qu'elles prédisaient que le régime d'assurance médicaments aurait un impact très

néfastes sur les personnes à faibles revenus, les obligeant à faire des choix impossibles entre se nourrir, se loger et prendre ses médicaments. Nous étions appuyés par plusieurs dizaines d'organismes pour demander la gratuité des médicaments pour les personnes âgées bénéficiaires du supplément de revenu et les personnes à l'aide sociale.

Il faut savoir que les prestations d'aide sociale mensuelles moyennes se situent à 578 \$ par mois. Ça, c'est toutes catégories de familles confondues, ça veut dire peu importe qu'on ait des enfants à charge ou pas. De ce montant, il faut déduire le coût du logement, celui du chauffage, de l'électricité et celui de la nourriture. Dans les faits, si on doit en plus acheter des médicaments, c'est trop souvent au détriment des besoins essentiels. Nous croyons que les montants des contributions devraient être basés sur les revenus des personnes et non pas sur la provenance de ces revenus et que ces montants doivent être fixés de façon beaucoup plus progressive.

L'adoption d'une politique sur les médicaments était prévue par la loi n° 33; ce n'est toujours pas en place. Or, une telle politique est indispensable pour pouvoir intervenir sur deux aspects fondamentaux: le contrôle du coût des médicaments et la pratique médicale. Le gouvernement n'a pas manqué une occasion de souligner l'augmentation importante des coûts liés au régime d'assurance médicaments. S'il ne rate pas une occasion non plus de brandir des menaces d'augmentation des primes, il semble bien déterminé à ne pas agir à la source au niveau du coût des médicaments. Pourtant, de nombreuses possibilités sont ouvertes à ce niveau: une politique d'achat au plus bas prix — l'abolition du règlement de 15 ans; l'application de prix de référence; l'imposition de limites aux coûts de marketing; la taxe sur les profits des compagnies pharmaceutiques; la révision des critères du Conseil consultatif pharmaceutique afin de contrôler les coûts; et l'intervention au niveau fédéral pour réduire la période de protection des brevets.

Les compagnies pharmaceutiques sont en santé, elles font d'énormes profits. Nous ne pouvons pas accepter que le gouvernement continue à subventionner cette industrie pendant que les personnes à faibles revenus se retrouvent à l'hôpital parce qu'elles ne peuvent pas payer leurs médicaments.

Le système à deux vitesses que nous avons présentement fait en sorte que les personnes les mieux nanties, qui sont plus susceptibles d'être en meilleure santé, sont assurées par le privé pendant que le régime public couvre les personnes ayant moins d'argent pour payer des primes et ayant plus de besoins. Les personnes à faibles revenus ne peuvent pas payer plus, pendant que les primes dans le secteur privé sont très élevées à cause des coûts d'administration, de marketing et des profits des actionnaires.

En fait, le rapport produit par le gouvernement illustre très bien cette disparité des besoins en médicaments entre les clientèles du régime public et celles des régimes privés. Donc, 3 000 000 de personnes sont assurées avec le régime public, pour un coût total de 1 400 000 000 \$ en médicaments. Les régimes privés couvrent, quant à eux,

4 000 000 de personnes. Ils n'ont dû faire face qu'à des coûts de 609 000 000 \$. À l'évidence, voilà qui illustre les avantages qu'aurait un système totalement public. En instaurant une couverture complètement publique, il serait possible d'éliminer les contributions pour les personnes à faibles revenus tout en maintenant une couverture pour les autres.

De notre avis, la mise en place d'un programme social qui offre à la population l'accès à des ressources considérées essentielles par la population implique nécessairement des dépenses. L'éducation ou l'entretien du réseau routier procède de la même logique. Nous choisissons collectivement de payer, via nos impôts, pour quelque chose qui profite à tous. Dans le cas du régime d'assurance médicaments, ces dépenses ont souvent comme conséquence des économies ailleurs dans le réseau de la santé.

Le régime d'assurance médicaments présenterait un solde financier beaucoup plus acceptable s'il était totalement public. Le gouvernement a choisi de laisser les profits au privé et d'encaisser pour les dépenses. Il est toujours temps de revenir sur cette décision. En refusant de mettre en place des mécanismes de contrôle des pratiques médicales et des compagnies pharmaceutiques, le gouvernement accepte d'être la victime des hausses des coûts des médicaments. Il a pourtant les moyens d'agir autrement. De notre avis, il y a des avenues sérieuses qui permettraient d'éviter les problèmes financiers auxquels le gouvernement affirme faire face. Qui doit payer pour ce régime? Ce ne sont assurément pas les personnes à modeste et faibles revenus. C'est là une question de choix de société.

Afin de régler l'ensemble des problèmes avec le régime d'assurance médicaments et d'assurer à tous les Québécois et les Québécoises l'accès aux médicaments dont ils ont besoin, nous exigeons:

1° la révision immédiate du régime de façon à assurer la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant sous les seuils de faibles revenus établis par Statistique Canada;

2° le développement d'une politique globale sur les médicaments, incluant des politiques ciblant la pratique médicale de même que le rôle joué par les grandes compagnies pharmaceutiques dans la détermination du coût des médicaments;

3° l'intégration complète des médicaments dans le secteur public de la santé. Ça veut dire le développement d'un régime d'assurance médicaments entièrement public et universel, tel que recommandé par le Forum national sur la santé. Le Forum national sur la santé estime que, pour améliorer l'accès adéquat aux médicaments, en réduire la consommation et freiner l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il faudrait que tous les Canadiens et Canadiennes aient accès aux médicaments de prescription médicalement nécessaires sans franchise ni copaiement. L'expérience d'autres pays nous apprend que le meilleur moyen d'y parvenir est d'instaurer un régime subventionné et régi par l'État qui, au Canada, serait administré par les provinces; finalement,

● (10 h 30) ●

4° le droit à un revenu décent pour tous sans condition, quelle que soit la cause du besoin.

Ça, c'est le mémoire qu'on vous a présenté, mais on aimerait aussi que Mme Piché, qui est à mes côtés, vous témoigne un peu de son expérience comme bénéficiaire de l'aide sociale mais aussi victime du régime d'assurance médicaments.

Le Président (M. Beaumier): Mme Piché.

Mme Piché (Jacline): Bonjour. Mon témoignage n'est pas unique. Il ressemble à celui que pourraient faire des milliers de personnes qui ont dû, comme moi, mettre de côté leurs médicaments à cause de la perte de la gratuité, la seule différence étant probablement le genre de médicaments écartés et les effets à plus ou moins long terme, dépendamment des situations. Peu importe, un tel choix du gouvernement entraîne des coûts sociaux beaucoup plus importants que l'argent économisé. Vous le savez, je le sais, tout le monde le sait. Je ne vous parlerai pas des statistiques, je veux simplement vous raconter mon histoire.

Mon histoire de pauvreté commence bien avant la mise en place de l'assurance médicaments, mais disons qu'elle s'est encore aggravée en août 1996. J'habitais à l'époque à Drummondville et je suis déménagée à Sainte-Anne-des-Plaines, croyant briser mon isolement. J'ai cessé de prendre mes hormones et mes pilules pour le cholestérol; à 490 \$ par mois, je devais faire des gros choix. Mettons que je n'avais pas le choix. Après une année à Sainte-Anne-des-Plaines, je suis déménagée à Laval; je me suis trouvée un loyer de 427 \$ par mois et j'avais toujours mon 490 \$ de chèque de l'aide sociale.

À l'hiver 1998, j'ai été hospitalisée 10 jours à cause d'une dépression de situation. Mon médecin a fait un lien direct entre l'hospitalisation, mes mauvaises conditions de vie sur l'aide sociale et l'arrêt de la prise d'hormones. Peu importe, quand le monde bascule, quand tout s'effondre, quand votre détresse est si grande puis que la mort occupe tout l'espace, vous ne faites pas d'analyse. Vous êtes dans la dèche, vous avez des mois de retard de loyer, d'électricité, de téléphone, des dettes partout et vous tentez seulement de sauver votre peau.

En février, j'ai vendu ma police d'assurance vie; avec les quelque 3 000 \$ que j'ai eus, j'ai payé les comptes d'arrérage et je suis déménagée à Montréal-Nord. Mon loyer était moins cher, 375 \$. En juillet, j'atteignais 55 ans, ce qui m'a permis d'obtenir 590 \$. Il est terrible d'avoir hâte de vieillir pour améliorer son sort. Souvent, comme bien des personnes assistées sociales, je rêve à ma pension de vieillesse.

Entre-temps, mon cholestérol était passé de 6 à 9,4. En juin 1999, je suis déménagée dans une coop. Mon loyer est passé de 375 \$ à 145 \$ parce que j'ai pu obtenir un logement subventionné; ma situation s'est grandement améliorée. En janvier 2000, j'ai recommencé à prendre mes pilules pour le cholestérol et, s'il n'y a aucun pépin qui m'arrive, bien je pourrai reprendre des hormones.

Deux choses me sont arrivées pour solutionner en partie mon problème: j'ai eu un logement subventionné et

j'ai atteint 55 ans. Ce n'est pas le lot de la majorité. Imaginez si j'avais eu besoin d'autres sortes de médicaments. Les personnes considérées comme n'ayant aucune contrainte en prennent aussi, quoi que le gouvernement tente de nous faire avaler comme pilule.

Cela m'a pris beaucoup de courage pour raconter cette histoire. Aujourd'hui, qui a envie d'étaler ses misères, encore plus devant les gens qui s'en moquent, sinon ils prendraient d'autres décisions ou ils démissionneraient. Bien d'autres auraient pu venir, mais la gêne, la peur, la honte, la détresse ou l'inutilité de la démarche les ont empêchés de témoigner. Moi, je le fais pour que les choses changent, pour qu'elles changent vraiment, pour qu'on arrête d'affamer les pauvres. Si on n'est pas entendu par notre parole, on finira bien par se faire entendre d'une autre façon. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci, Mme Piché. Alors, on procéderait aux échanges. Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Oui, certainement. Je vous remercie, madame, de votre témoignage. Je ne pense pas qu'il y ait personne ni de l'autre côté ni de ce côté-ci d'ailleurs qui veuille se moquer des gens qui sont mal pris dans la vie. Je comprends le courage que ça vous a pris d'expliquer et de témoigner de cela et je vous dirai que, si on pouvait justement améliorer et corriger les situations que vous vivez, je peux vous dire qu'on le ferait. Déjà, vous avez vu la semaine dernière, au Sommet sur la jeunesse, qu'il y a eu des correctifs qui ont été annoncés à la question du partage du logement, à la question aussi d'une reconnaissance d'une forme de hausse pour compenser les coûts d'inflation, et tout le reste, et l'indexation que n'avaient pas les personnes considérées comme aptes au travail.

Alors, je veux vous le dire aussi simplement que je peux le faire et aussi franchement que je peux le faire ce matin, mais je ne pense pas, je le répète, que ni d'un côté ni de l'autre on ait une attitude méprisante et qu'on ne soit pas conscient non plus des problèmes qui sont vécus par vous et par d'autres comme vous qui vivez des situations aussi difficiles. On a un problème de ressources cependant limitées puis on essaie de les utiliser au mieux.

Je voudrais d'ailleurs redire ici, et ça c'est très important, vous avez remarqué que dans les différents scénarios on ne revient absolument pas sur la question évidemment des prestataires avec contrainte sévère à l'emploi, de même que les enfants. Dans votre mémoire à un moment donné vous dites: On a pu bénéficier d'une certaine forme de gratuité.

En fait, les personnes qui ont une contrainte sévère à l'emploi, c'est complètement gratuit, hein, on se comprend, depuis quelques mois à peine, mais on a pu le corriger. Alors, dans ce sens-là, c'était une des principales recommandations de Tamblyn, qui nous disait que c'est ces personnes-là qui consommaient le plus grand nombre de médicaments et qui avaient des problèmes associés, entre autres, de maladie mentale ou autre et que ça créait vraiment un empêchement systématique. Alors, ça, c'est

la première levée qu'on a fait pour l'automne dernier, donc ce qui a vraiment ramené de la gratuité.

Parmi les scénarios, il y a un des scénarios qui effectivement ne retouche pas du tout à la contribution des personnes qui sont sans contrainte ou avec contrainte temporaire à l'emploi, qui sont à l'aide sociale, mais on ne propose pas de modifier effectivement la contribution, qui est fixée à 16,66 \$ par mois, 200 \$ maximum annuel — c'est bien ça? — alors donc, on n'y retouche pas comme on ne retouche pas à la question des petits salariés non plus, un des scénarios en tout cas ne retouche pas du tout à cela.

Je comprends que, vous, dans le fond, vous voudriez qu'on aille plus loin, j'ai entendu d'autres groupes nous dire la même chose, vous souhaiteriez qu'il n'y ait plus de contribution. Bon, pour l'instant, l'évaluation qu'on en fait, si tant est qu'on trouve d'autres solutions, c'est que, même en appliquant une série de scénarios, par exemple qui concernent les prix plus bas ou différentes politiques sur l'utilisation du médicament, on reste avec des coûts assez considérables à couvrir par le régime d'assurance.

Je voulais ajouter une autre information, ce n'est peut-être pas inutile de savoir ça. Moi, je pense que vous avez raison quand vous décrivez des cas pathétiques comme ceux qu'on vient d'entendre. Par ailleurs, il faut savoir que — et ça, c'est dans un des mémoires qui va suivre, c'est l'Association des pharmaciens propriétaires — on constate qu'il y a eu un fléchissement de la consommation des médicaments après qu'on ait implanté l'assurance médicaments pour les personnes âgées et les personnes à la sécurité du revenu. Elle était évidemment très importante chez les gens qui avaient des contraintes sévères à l'emploi. Mais par ailleurs on constate que, du moins sur la dernière période, ce rythme de consommation a continué, a repris à peu près au même niveau qu'il était auparavant.

Autrement dit, bon, peut-être que les gens se sont privés d'autre chose, dans certains cas — est-ce cela? — et dans d'autres, pour le cas des personnes âgées, moi, je ferais une distinction, on la fait dans nos politiques, d'ailleurs. La distinction qu'on fait, c'est qu'une personne âgée qui a des sous, elle doit pouvoir contribuer à mon point de vue à l'achat de ses médicaments, comme n'importe quelle personne qui a un revenu. On se comprend? Et ça, pour moi, c'est important parce que c'est une question d'équité.

Mme Benabdallah (Khadija): On parle des personnes âgées à faibles revenus, pas de n'importe quelle personne.

Mme Marois: Oui, d'accord, oui, ça, c'est important, et c'est parce que souvent dans les mémoires ça n'apparaît pas. On dit simplement: Pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Moi, je pense qu'il faut qu'il y ait de l'équité, puis on en introduit dans ce sens-là un certain nombre.

Bon, maintenant vous suggérez quoi comme changement? Dans le fond, vous nous dites: Il faudrait enlever

ces contributions. Est-ce que vous suggérez que ce soit un régime universel sans aucune contribution et qui soit payé par l'impôt ou que ça demeure un régime d'assurance? Parce que le régime qu'on a, il amène les gens à contribuer en partie à ce que coûtent les médicaments: quand on n'est pas beaucoup malade, on contribue plus que ce qu'on reçoit comme services, quand on est très malade et qu'on consomme beaucoup de médicaments, on contribue moins que ce qu'on reçoit comme services. Bon. Et notre problème de seuil de revenus, c'est vrai qu'il est bas; si on pouvait le toucher, ce serait idéal, il est très bas. Mais, quand on est un travailleur à petits revenus aussi, on contribue peu ou pas à certaines parties du régime, entre autres la prime.

● (10 h 40) ●

Alors, vous, vous suggérez qu'on garde cette notion d'assurance ou qu'on s'en aille vraiment vers un régime assistance finalement qui serait supporté par les impôts?

Le Président (M. Beaumier): Mme Bastien.

Mme Bastien (Lucie): Moi, je ne répondrai pas à votre question. Tout simplement, il m'apparaît important de faire deux commentaires.

Le premier, c'est vrai que ce matin tout le monde est bien posé, bien gentil à notre égard et ne méprise personne. Par ailleurs, quand on affine les gens, quand les gens ont faim puis qu'ils ne peuvent pas manger, quelque part il y a du mépris. Ça, c'est mon premier commentaire.

Mon deuxième commentaire est: la coupure du partage de logement, ce n'est pas un cadeau. C'était une coupure qui était tout à fait odieuse sur laquelle tout le monde s'entendait que c'était une coupure odieuse. On a coupé des centaines de millions aux personnes assistées sociales puis là on leur remet une partie des coupures qui leur ont été faites. Ça fait que ce matin, là, ce que **Jacine** a témoigné, c'est la réalité, puis c'est vrai qu'il aurait pu y avoir des centaines de personnes. Mais la seule place qu'on ait, c'est la rue.

Le Président (M. Beaumier): Oui.

Mme Benabdallah (Khadija): ...répondre là-dessus. C'était clairement écrit dans les rapports que vous deviez aller chercher 200 000 000 \$ et ces 200 000 000 \$ allaient être faits en coupant au niveau des personnes; étant donné que c'est les personnes à l'aide sociale, les personnes âgées à faibles revenus qui devaient payer une cotisation qu'elles ne payaient pas avant, donc ces 200 000 000 \$ allaient être récupérés là. Donc, on le savait que vous le saviez avant de procéder à la mise en place, en août 1996, de ce nouveau régime, qu'il allait avoir des répercussions de ce type. Les 200 000 000 \$ qui devaient être économisés n'ont pas été économisés. Pire encore, vous en avez dépensé plus à engorger les urgences, etc., problème que tout le monde connaît.

Maintenant, la question que vous nous posez, Mme Marois, elle figure dans notre résumé, dans notre

mémoire. En page 4, on vous dit: «L'éducation ou l'entretien du réseau routier procèdent de la même logique.» On choisit une société. Si on veut qu'il y ait le bien vis-à-vis de tous les citoyens, que tous nos citoyens aient des conditions de vie qui leur permettent d'être pleinement citoyens, on choisit de faire payer par le biais des impôts nos routes, nos réseaux de communication, notre éducation et notre santé.

Il y a un niveau de faibles revenus déterminé par Statistique Canada qu'on peut appliquer. Les gens qui sont en deça de là, de ce revenu-là, n'ont pas à payer, il y a les autres — on est une société solidaire — qui sont au-dessus, par un impôt progressif bien entendu, et non pas imposer juste la classe moyenne, par un impôt progressif, par aussi l'imposition des compagnies pharmaceutiques innovatrices qui font des profits incroyables, au lieu de leur prolonger leur durée de brevet 15 à 20 ans après leur inscription sur la liste, hein, entre-temps elles ont pu aussi les vendre en vente libre, au lieu de leur faire ça, au lieu de leur donner de la subvention, des subventions dans la recherche et développement alors qu'ils n'en font plus que 14 %, ceux qui sont dans les compagnies pharmaceutiques soi-disant innovatrices, alors que de l'autre côté les petites et moyennes entreprises qu'on a au Québec, elles en font 22 % avec le peu de choses qu'elles reçoivent. Nous, ce qu'on veut, c'est la gratuité des services de santé pour les personnes qui sont à l'aide sociale et pour les personnes âgées à faibles revenus. Et on peut le faire avec les moyens qu'on a. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci, M. le Président. D'abord, je vous remercie de votre présence ici aujourd'hui. Moi, j'ai le comté de Vanier à Québec, vous êtes de Montréal, mais c'est à peu près le troisième dans la région au niveau du nombre d'assistés sociaux, de chômeurs, et tout ça. Alors, je peux vous assurer qu'on ne s'en moque pas, parce que tous les lundis j'ai des gens mal pris dans mon bureau et j'aimerais bien un jour que ça arrête, pas parce que je ne les aime pas, mais de les voir mal pris comme ça, c'est difficile. En tout cas, on essaie de faire le plus qu'on peut, mais c'est dur.

J'ai aussi les petits travailleurs dans mon comté, qui ont bénéficié de cette assurance. Moi, je vous dirais: Je comprends que, pour quelqu'un qui n'a pas 500 \$ par mois, payer pour les médicaments, c'est trop. Je le comprends. Je le vois, comme je vous dis, de façon continue. En même temps, j'ai aussi vu, avant l'assurance médicaments, des gens qui me disaient: Je pourrais travailler, mais, comme je dois payer mes médicaments et que c'est gratuit à l'aide sociale, je n'irai pas travailler au salaire minimum, je ne serai pas capable d'arriver. J'ai aussi vu des gens qui travaillaient au salaire minimum et qui avaient une maladie dans la famille, qui disaient: Bien, je vais être obligé d'aller à l'aide sociale parce que c'est gratuit.

Ce que je veux dire par là, c'est que j'ai un petit peu de difficulté, pas sur le fond, dans le sens que je suis

pas contre qu'on aide les gens les plus démunis, mais, la gratuité à l'aide sociale, je suis un peu poignée, parce que j'ai vu avant l'effet basculant et qui... Les gens avaient raison de dire ça. En même temps, vous comprenez, je suis un petit peu mal à l'aise avec ça et je me dis: Est-ce que ce n'est pas plutôt, comme vous l'avez mentionné, toutes sortes de mesures, par exemple l'aide au logement, tout ça, qu'il ne faut pas bonifier, puis je sais qu'il y a de l'ouvrage à faire, ou instaurer un programme d'assistance? Je ne le sais pas.

Je vous le dis vraiment de façon très honnête et franche. Je vois les gens mal pris et en même temps, comme j'ai connu avant, je me dis que c'était quasiment un incitatif à aller à l'aide sociale. Je ne sais pas comment gérer ça. Je me dis: D'après moi, c'est peut-être beaucoup d'autres mesures qu'il faut faire — et que, moi, je me bats personnellement pour beaucoup de ces choses-là. Je vous lance ça un peu candidement, là, parce que je discute avec mes organismes dans la région de Québec, et tout ça, et je leur dis la même chose.

J'ai un petit peu de misère, parce que je ne voudrais pas que ça redevienne un incitatif à aller à l'aide sociale aussi, tu sais, parce que ce n'est pas le Klondike, l'aide sociale. Il n'y a personne qui veut être là-dessus, là; on veut plutôt que les gens en sortent de ça, là. Écoutez, je suis bien candide, là. Je vais peut-être me faire planter, mais je veux juste vous dire que c'est comme ça que je me sens vis-à-vis ça.

Mme Gamache (Jocelyne): Non, mais vous avez raison de dire qu'il n'y a personne qui choisit l'aide sociale ou la misère qui va avec. 502 \$ par mois, il n'y a personne qui choisit ça délibérément, même en se disant que je vais avoir juste 16,66 \$ par mois à payer en médicaments. Je ne pense pas que les gens font ce choix-là. On est d'accord à dire que la mise en place du régime d'assurance médicaments, qui ouvre une plus grande porte à l'accessibilité, à l'universalité de ça, ça a été une bonne chose. Ce qu'on déplore cependant, c'est que ça s'est fait au détriment des plus pauvres. C'est là-dessus qu'on en a, puis c'est là-dessus qu'on critique, puis qu'on va continuer de critiquer.

Ce n'est pas normal que les pauvres qui n'ont rien... Ce que Jacline vous a raconté, ça ne devrait pas avoir sa place dans une société riche comme la nôtre. C'est ça qu'on déplore, et on dit: Il y a d'autres moyens de régler ce problème-là. Quand on le revendique, que les médicaments soient gratuits pour les personnes à faibles revenus, on parle des seuils de Statistique Canada, c'est une façon de régler ça. Puis on amène d'autres pistes de solutions. C'est sûr que ça prend une certaine forme d'équité, mais on ne devrait pas, dans une société riche comme la nôtre, faire en sorte qu'il y ait des gens qui se privent de médicaments nécessaires à leur santé, que des gens doivent être hospitalisés parce qu'ils n'ont pas accès à des médicaments. Ça n'a aucun bon sens. Et on le voit tous les jours dans nos locaux à l'OPDS.

Mme Marois parlait tantôt des personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi. C'est sûr qu'elles ont

accès gratuitement aux médicaments, mais les autres, les aptes au travail, c'est la majorité, 70 % des personnes à l'aide sociale sont aptes au travail. Parmi elles, il y a beaucoup de personnes qui ont des problèmes de santé mentale, qui ne prennent pas leurs médicaments et les médicaments qu'elles ne prennent pas... C'est sûr qu'il y a des médicaments qui sont liés aux problèmes de santé mentale, mais des médicaments pour le cœur, pour la pression artérielle... des médicaments essentiels. Et ces gens-là ne les prennent pas. Il y a des personnes qui font les choix économiques comme Jacline a dit: Moi, je calcule, je dis: Je n'ai pas les moyens. C'est odieux. Et les personnes à faibles revenus qu'elles aient accès. Les personnes au salaire minimum ne sont pas des fois plus riches qu'à l'aide sociale.

C'est pour ça qu'on dit: Tout le monde doit avoir accès à un revenu décent et tout le monde devrait aussi avoir accès à des médicaments gratuits. Ça va avec un système de santé public. C'est des choix qui méritent qu'on investisse, et on ne pourra pas faire comme ça, en disant: Les assistés sociaux ont tout, en disant les pauvres entre eux autres, puis en disant on va donner à un petit groupe puis pas à ceux-là, ou donner à des gens qui ont des contraintes sévères à l'emploi et pas donner à ceux qui n'en ont pas. Ça n'a pas d'allure. Les gens qui sont pauvres et reconnus comme pauvres devraient avoir accès à des soins de santé de la même manière que les autres; c'est une valeur de notre société, puis on doit garder cette valeur-là intacte.

● (10 h 50) ●

Le Président (M. Beaumier): Merci, madame. On peut continuer les échanges d'ailleurs avec le député de Vaudreuil.

Mme Benabdallah (Khadija): Est-ce que je peux juste compléter un point?

Le Président (M. Beaumier): Bien sûr.

Mme Benabdallah (Khadija): C'est parce que, madame, vous avez votre réponse par rapport au faible revenu, c'est-à-dire qu'on demande pour l'ensemble des personnes qui ont un faible revenu, mais je voulais juste ajouter un point par rapport au soutien financier aux contraintes sévères à l'emploi, ceux qui ne sont pas dits aptes au travail. Ce n'est pas seulement les personnes qui sont en contraintes sévères à l'emploi qui consomment beaucoup de médicaments. Vous, peut-être que vous ignorez de quelle manière on a ce statut, entre guillemets, de contrainte sévère à l'emploi. Il y a une liste de maladies et, si vous n'êtes pas dans cette liste de maladies, vous n'êtes pas «contrainte sévère à l'emploi», même si vous avez une liste comme ça de médicaments à consommer, O.K.?

Par exemple, si vous êtes atteint de fibromyalgie, bien vous en avez une, liste de médicaments, parce qu'elle touche plusieurs points: le squelette, les muscles, le système nerveux, etc.; ça n'empêche que vous n'avez pas droit à la gratuité du médicament parce que vous n'êtes pas classé «contrainte sévère».

Le Président (M. Beaumier): Merci bien. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue et merci pour votre témoignage, et, Mme Piché, je pense qu'il y a bien d'autres personnes également qui pourraient faire état de situations semblables à celle que vous avez décrite.

Mme Gamache, vous avez fait un historique un petit peu de la mise en place de l'assurance médicaments; je voudrais peut-être y revenir parce qu'il faut clarifier, je pense, certains volets dans le régime d'assurance médicaments. D'une part, quand le régime a été mis sur pied, et vous l'avez souligné, pour les personnes âgées et les prestataires de ce qu'on appelait la sécurité du revenu — dans ce temps-là, je pense, ça a changé depuis — c'était vraiment pour le gouvernement de réduire ses dépenses budgétaires. Et d'ailleurs, dans un des mémoires qui est présenté aujourd'hui, justement par le groupe qui vous suit, on indique que les dépenses du gouvernement, en 1998-1999, sont de 103 000 000 \$ de moins qu'en 1995. Donc, le gouvernement rembourse pour un montant moindre présentement, donc en 1998-1999, qu'il l'a fait en 1995, ce qui indique que le coût d'augmentation des médicaments a été plus qu'absorbé par les contributions, les franchises et les primes des personnes prestataires d'aide sociale et des personnes âgées. Ça, je pense que c'est important. Lorsqu'on dit: Bien, maintenant il y a un gros déficit dans le régime, il faut bien clarifier entre le volet qui touche le Fonds d'assurance médicaments et celui qui touche les personnes âgées et les prestataires d'assistance sociale ou d'assistance emploi.

D'ailleurs, dès 1996... je cite mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce, qui avait dit à ce moment-là: «Je ne peux que déplorer une mesure gouvernementale largement fiscale dont l'effet serait d'obliger les membres les plus démunis de notre société à faire un choix entre manger et prendre des médicaments sous guise d'instaurer un système universel d'assurance médicaments, ou à faire le choix entre payer le loyer un mois et prendre des médicaments». Donc, je pense que déjà mon collègue avait bien indiqué quels étaient les effets anticipés de la mise en place du régime tel qu'il l'a été.

D'ailleurs, c'est deux ans et demi après, en octobre 1999, que finalement, devant le rapport Tamblin qui indiquait qu'il y avait des effets désastreux, le gouvernement a décidé de corriger et de raccorder la gratuité à peu près à 115 000 personnes. Ce qu'on comprend cependant, c'est qu'il y a encore beaucoup d'autres personnes qui, malgré cette modification, ont encore aujourd'hui à choisir entre les médicaments et la nourriture ou le logement.

D'un autre côté, ce que vous indiquez aussi, il y a des économies qui ont été faites ailleurs dans le système de santé, notamment du côté de l'hospitalisation ou du réseau, parce qu'on dit qu'il y a moins d'hospitalisations à cause des effets thérapeutiques des médicaments.

Donc, est-ce que, avant et présument que le système public ne serait pas accepté mais avant d'apporter des correctifs au système actuel et de l'aborder uniquement

sous l'angle financier, en disant: Il faut augmenter les primés ou les contributions, il ne serait pas souhaitable qu'il y ait une analyse plus large de l'ensemble du régime d'assurance médicaments dans le reste du domaine de la santé et de façon à justement pouvoir équilibrer entre ce qui a été sauvé ailleurs et ce qui a été transféré finalement ou ce qu'on veut transférer encore aux bénéficiaires, notamment aux personnes les plus démunies?

Et la FADOQ disait justement la semaine dernière, lorsqu'ils sont venus devant nous: Il nous semble que la ministre devrait refaire ses devoirs à cet égard-là avant de procéder uniquement sous l'angle financier. Est-ce que je pourrais avoir vos commentaires sur cet aspect-là?

Mme Bastien (Lucie): Est-ce que vous donneriez la gratuité, vous autres, pour les personnes à faibles revenus?

M. Marcoux: C'est ça que je pose comme question, là. D'abord, un, est-ce que...

Mme Bastien (Lucie): Non, mais on vous la pose, est-ce que vous la donneriez, la gratuité?

M. Marcoux: Bien, pour les personnes à faibles revenus...

Mme Bastien (Lucie): Parce que, là, c'est facile quand on est de l'autre bord, là, mais un jour on est venu ici avec Chartrand, qui a dit que le PQ puis le PLQ, c'était comme une paire de fesses. Il n'avait pas tort, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Copeman: Il avait ajouté quelque chose d'autre sur l'Action démocratique aussi.

Mme Bastien (Lucie): On peut s'en passer.

Le Président (M. Beaumier): On peut revenir à un niveau de discussion, là?

M. Marcoux: Je pense que, jusqu'en 1987, c'était la gratuité, sauf 2 \$ par prescription. Et ça, je pense, c'est ce que le Parti libéral avait fait à l'époque. Alors, j'aimerais avoir peut-être vos commentaires sur...

Une voix: Vous oubliez le déficit...

M. Marcoux: On parlera de ça une autre fois, je pense que...

Le Président (M. Beaumier): Mme Gamache.

Mme Gamache (Jocelyne): C'est sûr que le régime d'assurance médicaments fait partie d'un tout, on n'est pas idiot à ce point-là. On n'est pas familier avec les chiffres, on ne jongle pas avec des millions, nous autres, c'est des piastres et des trente-sous auxquels on est

habituées, mais on est conscientes que ça fait partie d'un tout et que, la question du coût des médicaments, ça s'inscrit aussi dans les coûts de la santé. Mais pour nous autres — puis là on n'est pas des spécialistes — c'est clair que la société québécoise doit permettre à tous ses concitoyens et concitoyennes d'être en santé et elle doit se donner les moyens de le faire, et ça implique des coûts.

On ne sait pas combien, on s'en fout, je vous le dirai sincèrement, on s'en fout un peu. Ce que, nous autres, on dit, c'est que ce n'est pas normal que des gens choisissent ça, choisissent entre ne pas payer leurs médicaments ou manger, qu'ils se fassent hospitaliser parce qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments, ou qui vont à l'hôpital pour manger. Ça, c'est d'autres réalités qu'on vit dans les locaux de l'OPDS quotidiennement, des gens qui disent: Je suis allé à l'hôpital, au moins j'ai mangé; je suis allé en prison, au moins j'ai mangé. Ce n'est pas normal.

Et effectivement il faut évaluer l'ensemble des coûts sociaux, mais il y a des choix à faire puis il y a des choix qu'on peut faire rapidement à notre avis. On ne rentrera pas dans les détails de chiffres, combien ça coûterait et combien il faut épargner, est-ce que le CHUL, c'est une bonne idée ou pas, on s'en fout un peu, je vous le dis. Ce n'est pas normal que des gens crèvent de faim dans notre société en l'an 2000. Ça n'a pas d'allure. Jacline.

Mme Piché (Jacline): Moi, je voudrais rajouter quelque chose. J'ai tout de même travaillé 32 ans avant d'être sur le BS et j'en ai payé, des taxes, au fédéral, au provincial, aux rentes du Québec. Alors, ça fait à peine cinq ans que je suis sur le bien-être social. Posez-vous la question. On en a payé des taxes.

Mme Benabdallah (Khadija): Il y a une partie des réponses qui est incluse dans les pistes de solutions qu'on vous a remises dans nos mémoires. Vous voulez qu'on développe plus? Vous pouvez nous engager pour ça.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

• (11 heures) •

M. Copeman: Merci, M. le Président. Je vais répondre à la madame. Vous savez pertinemment bien, nos députés d'en face le savent, que, jusqu'à l'arrivée au pouvoir du Parti québécois, les médicaments étaient gratuits pour les personnes assistées sociales. Nous avons pris l'engagement lors de la campagne électorale de 1998 de revoir la contribution de la prime puis d'utiliser comme point de référence le seuil de faibles revenus de Statistique Canada, de un. Et, de deux, on a pris l'engagement de réduire la contribution des personnes assistées sociales, de réduire et non pas de chiffrer. Mais c'est sûr que l'engagement ferme était de revoir à la baisse la contribution exigée aux prestataires de l'assistance emploi.

On comprend très bien la problématique gouvernementale. Ils voulaient faire deux choses. De un, ils voulaient instaurer un système d'assurance médicaments pour les gens qui n'avaient pas d'assurance au Québec, qui

se chiffrent maintenant à 1 500 000 Québécois. C'est un objectif qui est louable. Mais ils voulaient également, comme vous l'avez très bien indiqué, diminuer les coûts. Ça a été excessivement clair. Clair au point que, nous, de notre côté, on l'avait appelé, dans le temps, un régime d'impôts médicaments. Puis les gens riaient de nous. Ils trouvaient ça bien drôle. Ils pensaient qu'on était dans le champ gauche complètement. Mais on n'était pas dans le champ gauche, on savait que le gouvernement voulait économiser 200 000 000 \$ par année.

Et où est-ce qu'ils ont pris ces économies? Ils les ont prises sur le dos des personnes assistées sociales et des personnes âgées. Et on comprenait aussi la notion de quand on passe de petit travailleur à personne assistée sociale — maintenant assistance emploi — il y avait un certain... en tout cas, ceux qui ont appelé ça un incitatif à aller vers l'aide sociale parce que les médicaments étaient gratuits. Moi, j'en passe, parce que, en tout cas, dans mon bureau de comté, je n'ai pas vu beaucoup de monde qui a dit: Moi, je délaisse mon travail puis je m'en vais vers l'aide sociale parce que c'est plus payant. Je n'ai pas entendu ça souvent, dans cinq ans, comme député de Notre-Dame-de-Grâce, même avec les bénéfices marginaux qui existaient sur le plan.

Mais, même si on voulait faire ça, si on voulait compenser pour cette gratuité... Parce que le rapport Castonguay avait mis la main dessus, il avait dit: On va exiger une contribution par les personnes à l'aide sociale à cause d'un effet désirable de diminuer leur consommation des médicaments non essentiels. Mais il avait dit, le Dr Castonguay, dans le rapport du comité expert, d'augmenter les barèmes d'aide sociale en conséquence. C'est ça, l'élément qui est manquant quand on avance l'argument, de l'autre côté. Ça, c'est le comité expert mis sur place par le Dr Rochon qui a recommandé, oui, une contribution pour les personnes sur l'aide sociale...

Mme Benabdallah (Khadija): Excusez-moi, monsieur, la contribution pour faire baisser? Je voulais juste faire préciser.

M. Copeman: Oui, madame, quand j'aurai terminé, vous aurez beaucoup de temps, ne vous inquiétez pas.

Mme Benabdallah (Khadija): O.K. Allez-y. Pardon.

Le Président (M. Beaumier): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, c'est à vous.

M. Copeman: Très bien. Alors, c'était ça, la piste de solution, pour aider la députée de Vanier dans ses préoccupations, oui, peut-être exiger une contribution des personnes sur assistance emploi, mais assurer une augmentation du barème, parce qu'on ne veut pas pénaliser du monde. Alors, j'aimerais avoir vos réactions.

Mme Benabdallah (Khadija): La contribution pour que les gens diminuent la consommation des

médicaments, je ne pense pas que c'est en les faisant payer qu'on leur apprend à diminuer la consommation des médicaments, parce qu'un médicament, il est donné par un médecin, les gens, ils appliquent... ils font confiance à leur médecin. Si vous voulez une diminution de la consommation des médicaments, il faut faire une éducation des gens et une éducation des médecins. Leur faire ce système qui existe, PharmaNet, pour les équivalences des médicaments, leur mettre à leur disposition, alors que, pendant ce temps, quand on subventionne les compagnies pharmaceutiques innovatrices à intérêts étrangers qui sont ici dominants... Eux, ils ont 58 % de leur budget qui est dans le commerce et le marketing. Eh bien, qu'est-ce qu'ils font avec ça? Ils viennent solliciter les médecins.

Alors, le gouvernement doit informer et les médecins et les citoyens de comment on utilise un médicament. C'est comme ça qu'on garde. Une fois que vous aurez fait payer... Les gens qui en auront plus, bien ils continueront à en consommer plus de ces médicaments-là. Vous n'avez rien changé à ce qui se passe dans la société. Nous, on revient à ce qu'on disait: La gratuité pour toutes les personnes à faibles revenus, les personnes à l'aide sociale, les personnes âgées à faibles revenus. C'est ça qu'on est venu demander. Et vous avez tous les éléments en main pour l'assurer.

Le Président (M. Beaumier): Mme Piché, oui?

Mme Piché (Jacqueline): Oui, je voudrais poser une question. Pourquoi les pharmaciens donnent aux assistés sociaux... Le 1er du mois les gens vont chercher leurs médicaments et, le 28 ou le 29 du mois, ils vont rechercher l'autre prescription du mois suivant. Pourquoi le pharmacien lui donne ses médicaments? Alors, il y a un mois où cet assisté social là ne le paie pas, son médicament. Il le paie aux deux mois, si vous voulez. Pourquoi le pharmacien embarque là-dedans? Il y a un mois où ces personnes-là — moi, j'appelle ça une fraude — vont le chercher le 1er, puis ils vont le chercher le 28 ou le 29. Ça fait qu'ils ont la même prescription du même mois, puis, l'autre mois, bien, ils y retournent juste à la fin du mois suivant. Pourquoi le pharmacien, lui, ne les suit pas, les lois? Parce que c'est une fois par mois qu'on va chercher nos médicaments pour le mois.

M. Copeman: Une question, M. le Président, si vous me le permettez, en ce qui concerne les pistes de révision. Mme la ministre a dit tantôt qu'il y a un certain nombre de pistes de révision, de solutions proposées, des scénarios. Le scénario 1, essentiellement, touche uniquement un ajustement de la prime.

Une voix: ...

M. Copeman: Alors, non, le scénario 1 touche uniquement un ajustement à la prime. Le scénario 2, par contre, touche un ajustement de la prime et une modification à la hausse des paramètres de contribution des usagers. On parle de faire passer le maximum de 8,33 \$ à

10 \$ et de 16,66 \$ à 20 \$. Alors, c'est sûr que, parmi d'autres, le gouvernement propose un scénario qui va sûrement empirer la situation. J'imagine que, compte tenu que, vous, dans le premier temps, vous demandez que ces contributions soient révisées à la baisse... Pouvez-vous me décrire quel serait l'impact d'une augmentation de ces contributions pour les personnes que vous représentez?

Le Président (M. Beaumier): Oui. Alors, j'aimerais juste signaler pour la bonne connaissance de tout le monde qu'il y aurait peut-être deux minutes pour... Je sais que c'est rapide, mais c'est les règlements. Alors, si vous pouviez prendre un deux minutes pour répondre au député, je pense que...

Mme Gamache (Jocelyne): ...rapide. L'augmentation des contributions des personnes assistées sociales, si elle devait se réaliser, je suis certaine que des mauvaises langues ne manqueraient pas de dire que, maintenant qu'on a l'indexation pour les personnes aptes au travail, ce n'est pas si grave, ça va compenser le 4 \$ d'augmentation de la prime, sauf que, dans les faits, 4 \$, c'est quatre litres de lait, c'est beaucoup d'argent pour les gens à l'aide sociale. C'est clair pour nous autres que toute augmentation n'a pas d'allure parce que ça implique des choix qui sont dramatiques pour les personnes. Ça fait qu'on va s'opposer. Même si on a eu l'indexation des prestations pour le mois de juin, on va s'opposer.

Je veux juste vous rappeler qu'en août 1989 quand la nouvelle réforme de l'aide sociale est entrée en vigueur, la première, une personne seule à l'aide sociale touchait 517 \$ par mois. On est 11 ans plus tard et ces mêmes personnes là touchent 502 \$ par mois. Ça veut dire qu'en 11 ans les gens ont perdu de l'argent. Puis, en 11 ans, il y a eu une inflation qui a couru. C'est sûr qu'aucune augmentation ne va avoir de l'allure. Puis c'est sûr que de plus en plus les gens sont en colère. O.K.? La colère dont vous parlait Lucie tantôt, la colère se manifeste de plus en plus. Qu'elle se vive d'une façon individuelle ou qu'elle s'exprime d'une façon collective dans la rue, cette colère-là, si on continue à couper, elle va exploser, à un moment donné. Puis ce n'est pas une bonne solution que de frapper toujours sur les mêmes personnes.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci beaucoup.

Mme Benabdallah (Khadija): Puis, de toute façon, ça ne va être que l'aggravation du rapport Tamblin que vous avez déjà en main. C'est facile à deviner.

• (11 h 10) •

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci beaucoup, Mmes Gamache, Bastien, Benabdallah et Piché. Merci.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Beaumier): Alors, j'inviterais, si vous permettez, l'Association québécoise des

pharmaciens propriétaires à bien vouloir prendre place. Alors, vous aurez, comme il se doit, 15 minutes pour présenter votre mémoire. Par la suite, les deux partis du gouvernement, en fait les parlementaires et l'opposition, auront 15 minutes chacun pour réagir à votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je présume que c'est M. Gagnon qui va prendre la parole, je vous inviterais à présenter les gens qui vous accompagnent, et on va pouvoir débiter la présentation de votre mémoire.

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Gagnon (Claude): Merci beaucoup, M. le Président. Alors, permettez-moi d'abord de vous présenter les gens qui m'accompagnent. Mon nom est Claude Gagnon, je suis propriétaire de pharmacies à Chicoutimi et je suis le président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. À ma droite, M. Normand Cadieux, pharmacien et directeur général de l'AQPP et, à ma gauche, M. Daniel Larouche, économiste et conseiller de l'Association.

L'AQPP remercie la commission des affaires sociales de lui donner l'occasion de s'exprimer dans le cadre de la consultation générale concernant l'évaluation du régime général d'assurance médicaments. L'AQPP a pour mission l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres. Nous représentons les 1 415 propriétaires de pharmacies du Québec, soit près de 1 600 pharmacies.

Plus que quiconque, les membres de l'AQPP sont en première ligne en ce qui touche l'application du régime public d'assurance médicaments. Nous croyons pouvoir apporter à l'évaluation en cours une triple perspective: celle du professionnel de la santé plongé dans la réalité quotidienne de ce régime; celle du spécialiste du médicament; celle aussi du citoyen informé, préoccupé de l'efficacité et de l'équité de ce régime.

Je crois que l'essentiel de notre intervention tient dans les cinq points suivants. Premièrement, on doit faire un bilan généralement positif de l'assurance médicaments. Deuxièmement, le médicament est une solution, pas un problème. Il constitue une dépense productive. Il faut se garder d'y faire des coupures aveugles, car ces coupures peuvent coûter bien plus cher qu'elles ne font économiser. Troisièmement, le régime n'est pas en dérapage. L'évolution récente des dépenses en médicaments s'explique rationnellement. Elle est cohérente avec des tendances observées au cours des 25 dernières années. Quatrièmement, les véritables enjeux du régime sont de faire en sorte que les Québécois en aient pour leur argent, qu'ils soient traités avec équité et transparence. Nous vous proposons des pistes pour y parvenir. Et, cinquièmement, il subsiste des problèmes de fonctionnement qui sont des irritants pour les assurés comme pour les pharmaciens, nous en soulignons quelques-uns.

Permettez-moi de traiter brièvement de chacun de ces points. D'abord, le bilan du régime d'assurance médicaments est positif. Depuis le 1er janvier 1997, tous

les Québécois sont protégés par un régime d'assurance médicaments, quel que soit leur état de santé ou leur statut socioéconomique. Cet avantage est unique en Amérique du Nord. Le système mixte privé-public fonctionne bien. La liste de médicaments couverts est complète et à jour, de sorte qu'elle permet aux Québécois d'accéder aux innovations technologiques dans des délais raisonnables.

Il est vrai que l'imposition généralisée de franchises et de coassurances, en 1997, a eu de graves répercussions pour une partie importante de la population, en particulier parmi les prestataires de la sécurité du revenu. Les modifications qui ont été apportées au régime à l'automne 1999 ont permis de régler les problèmes les plus criants à cet égard. Mais des problèmes subsistent, nous sommes bien placés pour le savoir. Chaque jour, nous sommes confrontés avec des cas réels et non des statistiques. Aussi, quelles que soient les décisions que le gouvernement prendra suite à cette évaluation, nous vous exhortons à porter une attention toute particulière à la capacité de payer de certains citoyens, au moment d'apporter des changements aux paramètres du régime.

Deuxième point, le médicament est une solution, pas un problème. Il est une technologie de pointe productive et facile d'accès. Les nombreuses découvertes dans le secteur pharmaceutique, notamment au cours des 10 ou 15 dernières années, ont permis de mettre sur le marché des médicaments très performants. Ces médicaments ont beaucoup contribué à la baisse du taux d'hospitalisation: 23 % en 10 ans, au Canada. Ils ont permis des développements spectaculaires comme la baisse de près de 50 % de la mortalité par maladie cardiovasculaire en 10 ans également. Les médicaments soignent et préviennent les maladies. Ils sont une des causes importantes de l'augmentation constante de la durée et de la qualité de la vie.

En plus, les dépenses en médicaments permettent des économies substantielles à la société en général et au système de santé en particulier. C'est pourquoi on ne peut évaluer le régime d'assurance médicaments en dehors de son contexte, sans égard aux économies qu'il permet ailleurs. Sans le médicament, par exemple, le virage ambulatoire aurait été impensable. En effet, le médicament se démarque de la plupart des technologies de la santé par sa souplesse d'utilisation et sa facilité d'accès. La plupart des technologies en matière de santé obligent le patient à se déplacer vers un établissement généralement dans un centre urbain. Au contraire, le médicament se déplace vers le patient. Un résident de La Sarre ou de Gaspé a accès chez lui à la même gamme de médicaments qu'un citoyen de Montréal ou de Québec. C'est le cas en grande partie parce que le réseau québécois des pharmacies est efficace et accessible.

Comparativement à d'autres professions du secteur de la santé, il n'existe pratiquement aucune pénurie régionale en matière de services pharmaceutiques. De plus, les pharmaciens s'ajustent continuellement aux besoins de leurs patients en offrant des heures d'ouverture plus commodes qu'il y a 20 ans et des services professionnels de plus en plus variés, par exemple les thérapies

parentérales ambulatoires, des tests et suivis pour des problèmes comme l'hypertension ou l'hypercholestérolémie, ou des journées santé consacrées à faire de l'éducation et de la sensibilisation.

Troisième point, le régime n'est pas en dérapage. Quand on examine la consommation depuis 1997 à la lumière des tendances des dernières décennies, on constate qu'elles sont tout à fait cohérentes et similaires. Chez les adhérents notamment, la forte croissance initiale de la consommation est un signe que le besoin d'assurance existait. Elle devrait d'ailleurs se résorber.

Les augmentations, toutes clientèles confondues, sont aussi cohérentes avec ce qui se passe chez les assureurs privés et ailleurs dans le monde. En termes financiers, il est vrai qu'un déficit grève le Fonds de l'assurance médicaments, qui défraie la consommation des adhérents. Mais, pour l'assurance médicaments dans son ensemble, le gouvernement a réalisé d'importantes économies par rapport à la situation qui prévalait avant 1997. Pour l'exercice 1998-1999, cette économie s'est chiffrée à 103 000 000 \$.

Bien sûr, l'enjeu financier demeure important, il demande qu'on y accorde une attention immédiate. Mais il n'y a ni diagnostic simple ni recette magique qui freinerait les coûts sans opérer des coupures radicales dans la qualité de la couverture. Il n'y a surtout pas de coupables à identifier et à discipliner. Dans cet esprit, nous nous opposons vivement à des solutions comme le prix de référence, qui instaurerait un régime où des décisions d'ordre financier prendraient le dessus sur les décisions de nature thérapeutique. Bref, à moins qu'on accepte de renoncer au progrès, on devra consacrer des ressources croissantes aux médicaments, sinon les Québécois vont voir se creuser l'écart entre ce qui sera technologiquement disponible dans le monde et ce qui leur sera accessible dans les faits.

Quatrième point: Quels sont les enjeux véritables? Il ne s'agit pas de minimiser la facture du médicament peu important les conséquences, mais bien de faire en sorte que les Québécois en aient pour leur argent, qu'ils soient traités avec équité et transparence. Ce qu'il faut minimiser, ce n'est pas l'utilisation du médicament, c'est sa mauvaise utilisation et les coûts associés. Notre mémoire cite plusieurs études qui ont documenté ces coûts et qui démontrent aussi l'efficacité de la part des pharmaciens pour les diminuer. Les pharmaciens peuvent et doivent jouer un rôle accru dans la gestion du médicament.

Nous suggérons quelques pistes susceptibles d'accomplir cela, tel que l'enseignement au patient. À l'instar d'un document interne de la RAMQ, l'AQPP croit que la promotion de l'enseignement au patient par le pharmacien en rapport avec l'usage de certains médicaments pourrait avoir des retombées très positives. Plusieurs études documentent d'ailleurs ces retombées. Notre mémoire propose aussi des assouplissements aux règles entourant les services pharmaceutiques actuellement reconnus par le gouvernement, telle que l'opinion pharmaceutique.

Deuxième piste pour augmenter la contribution du pharmacien, l'intention thérapeutique. L'AQPP est d'avis

que l'inscription de l'intention thérapeutique par le prescripteur sur l'ordonnance permettrait au pharmacien de mieux accomplir son travail. En avoir pour son argent implique aussi une gestion judicieuse de la liste des médicaments. À cet effet, nous appuyons les recommandations du rapport Doucet sur le rôle et la composition du Conseil consultatif de pharmacologie ainsi que sa fusion avec le CRUM, à une réserve près. Il serait avisé de prévoir une représentation plus équilibrée des pharmaciens au sein du Conseil.

● (11 h 20) ●

Quelques mots sur les objectifs d'équité et de transparence. Il y a actuellement une certaine confusion parce que le régime d'assurance médicaments poursuit trois objectifs politiques en même temps: la santé, la solidarité sociale et le développement industriel. Chacun est fort louable, mais afin d'assurer l'équité et l'imputabilité, nous devons toutefois être en mesure de clairement distinguer ce qui revient à chacun de ces objectifs. Nous suggérons donc d'établir une distinction claire entre l'assurance et l'assistance, ce qui doit se faire tout en continuant d'aider les personnes qui en ont besoin.

D'un côté le Fonds d'assurance médicaments devrait s'appliquer à l'ensemble des assurés de la RAMQ et pas seulement aux adhérents. Les primes nominales devraient être indépendantes du revenu, et l'objectif d'autofinancement devrait s'appliquer à l'ensemble de ce fonds. En revanche, l'État doit continuer d'aider les personnes démunies pour assurer leur accessibilité financière aux médicaments, conformément aux objectifs du régime. Mais il devrait le faire soit en acquittant leur prime, soit en leur accordant un crédit d'impôt, selon le cas. Ce crédit d'impôt devrait être également accessible aux assurés du secteur privé afin de favoriser l'équité entre les deux groupes.

Dernier point, les problèmes d'application du régime. Tous les jours, les pharmaciens et les assurés font face à certains irritants inutiles et parfois coûteux. Par exemple, même après trois ans, les assurés ont beaucoup de difficultés à comprendre le mécanisme du régime. Nous le savons, car nous consacrons toujours une partie importante de notre temps à fournir des explications aux assurés de la RAMQ. Faute d'explications adéquates de la RAMQ à ses assurés, les pharmaciens se sont donc retrouvés avec une responsabilité purement administrative étrangère au travail d'un professionnel de la santé, qui alourdit considérablement leur tâche. Cette situation ne peut plus durer. La RAMQ doit prendre ses responsabilités, notamment envers les nouveaux assurés.

La franchise est un des éléments qui rend le régime inutilement complexe. Selon l'ordre de renouvellement des ordonnances et le moment de leur renouvellement, les patients ne déboursent pas le même montant d'un mois à l'autre pour le même produit. Par ailleurs, un très grand nombre d'assurés de la RAMQ ont appris à contourner la franchise en renouvelant leur ordonnance le premier jour d'un mois et le dernier jour de ce même mois pour le traitement du mois suivant, si bien qu'en officine les fins et les débuts de mois donnent maintenant lieu à des pointes

très marquées. Ce comportement est en outre inéquitable à l'endroit des citoyens qui respectent l'esprit des règles de contribution.

Nous croyons que la franchise devrait être abolie et compensée par une hausse de la coassurance ou de la prime, d'une part pour rendre le régime plus facile à comprendre, mais aussi pour éviter les contournements du régime. De plus, plusieurs personnes exigent du pharmacien une quantité de médicaments supérieure à 30 jours à seule fin de contourner les exigences du régime. En plus d'être inéquitables face aux autres assurés, de telles pratiques accroissent les risques d'intoxication et la probabilité de gaspillage. Pour éliminer ces contournements, il devrait être possible de multiplier par le nombre de mois dispensés toutes les composantes, soit la franchise si elle est maintenue, le plafond et les honoraires du pharmacien.

Voilà, M. le Président, un survol bien sommaire de notre analyse de la situation. Nous considérons donc que le bilan du régime ne justifie aucunement des changements majeurs à ses structures. Nous croyons toutefois que la prime devra refléter les coûts réels particulièrement pour les adhérents, étant entendu que l'État aidera les personnes démunies à acquitter la prime.

Un mot, en terminant, sur le scénario 7 évoqué par le document du ministère, l'assurance médicaments publique universelle. Il faut être bien conscient que ce scénario ne règle aucun des enjeux de l'assurance médicaments. Il ne change rien aux facteurs sous-jacents à la croissance en médicaments, à savoir le progrès technologique et le vieillissement de la population. Il n'a aucun impact sur la mauvaise utilisation du médicament. Il n'accroît ni l'équité ni la transparence du régime. En revanche, il priverait les Québécois de l'assurance privée, qui s'autofinance, fournit un choix aux citoyens et constitue pour la RAMQ un précieux témoin. Finalement, ce scénario est une nationalisation plus ou moins avouée de la pharmacie québécoise, ce qui en détruirait le dynamisme à tout jamais. À cet effet, nous vous référons à notre mémoire de 1996, qui était très clair à ce sujet. Je vous remercie de votre attention. Mes collègues et moi sommes maintenant à votre disposition.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Gagnon, je vous remercie pour la présentation. Vous avez pris exactement 14 min 59 s, ce qui est excellent.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): C'était une très belle présentation. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vous remercie pour votre présentation et pour l'excellent mémoire qui est devant nous. Je pense qu'il y a différentes pistes qui y sont présentées et analysées et qui nous apportent des idées intéressantes. J'aimerais d'ailleurs vous inviter, sur certaines de ces idées que

vous nous présentez dans le mémoire, à vous entendre un peu plus.

Mais, avant cela, d'abord, un, je veux vous remercier comme je l'ai fait à l'égard de l'Ordre des pharmaciens, qui est venu la semaine dernière, pour la contribution que vous avez apportée à l'implantation du régime. C'est vrai qu'il est compliqué; moi, je ne nierai jamais ça. Il est compliqué, ça vous demande du temps pour l'expliquer. La RAMQ a déjà posé un certain nombre de gestes pour faciliter sa compréhension. Peut-être pouvons-nous en poser d'autres en ce sens-là pour amener les gens à mieux comprendre concrètement ce que ça a, comment ça fonctionne et puis pourquoi on paie tel prix plutôt que tel autre, etc. Je pense qu'on a un travail à faire. Mais vous nous avez beaucoup aidé à l'implanter. Et c'est évident que, si on n'avait pas eu votre collaboration, ça aurait été encore plus difficile, même s'il y a eu des moments au début qui ont été assez difficiles, on en conviendra. Mais, quand on change des choses, c'est sûr qu'il y a un peu de résistance, puis c'est normal qu'il y ait des moments d'adaptation nécessaires. Bon.

À plusieurs reprises, on est revenu, il y a plusieurs groupes qui sont revenus sur cette question, et l'opposition y revient régulièrement aussi, sur le fait que nous avons beaucoup économisé au gouvernement. Bon. Alors, vous savez que cette année, il y a un déficit prévu de 130 000 000 \$ à la contribution, là, un dépassement — nous ne disons pas déficit, dans ce cas-là, un dépassement — de 130 000 000 \$ qui serait du même ordre et un peu plus l'an prochain. Mettons que ça ne dérape pas du tout puis qu'on est à 130 000 000 \$, ça fait 260 000 000 \$. Puis, quand on dit l'an prochain, c'est pour l'année budgétaire dans laquelle on s'engage, là, 2000-2001.

Alors, quand je prends les données de 1995, des sommes qui étaient financées par le gouvernement, on parlait de 803 000 000 \$. Quand j'arrive à 2000-2001, on est à 1 174 000 000 \$ — ça, ce sont les chiffres que j'ai au ministère — ce qui veut dire une hausse réelle du budget et des sommes dépensées par le gouvernement pour couvrir les dépenses de médicaments, donc, de 371 000 000 \$ de plus. C'est vrai qu'il y a eu une économie en cours de route, mais là on est en train de perdre l'économie qu'on a faite. On s'entend? C'est clair? Même en utilisant...

Moi, par ailleurs, dans mes chiffres, je n'introduis pas la directive *malades sur pied*. Alors, maintenant, si je l'ajoutais, notre différence est quand même à hauteur de 300 000 000 \$ de plus. Donc, c'est une hausse très significative, et on ne peut pas dire que le gouvernement a fait des économies sur le dos de... etc. C'est vrai qu'il y en a eu au départ parce qu'il y a eu d'abord une réduction de la consommation puis une contribution demandée — les gens en ont témoigné tantôt — à tous ceux et celles qui avaient des bénéfices. Sauf, là, maintenant, les personnes qui ont des contraintes à l'emploi, tout le monde contribue. Alors, la contribution a aidé à faire les économies. Je pense qu'il ne faut pas raconter d'histoire au monde, là, c'est vrai. Mais il nous coûte plus cher maintenant qu'il nous coûtait il y a quelques années. Donc, il n'y a pas eu des économies aussi importantes qu'on semble vouloir le

dire. Mais votre analyse était quand même intéressante. Ça m'a permis aussi de faire cette clarification-là.

Quand vous dites: Pas de dérapage, j'espère que ce sera le cas. Et les tendances qu'on observe, et vos analyses sont intéressantes dans ce sens-là, où vous dites: Bien, dans le fond, on a retrouvé le rythme de consommation qu'on a eu avant, c'est un peu... Je me suis servi de votre mémoire tout à l'heure avec les représentants de la coalition, parce que, effectivement, ce qu'on a constaté, c'est qu'il y a eu une baisse puis, après, le même rythme, dû à différents facteurs, dont, entre autres, l'augmentation du nombre de médicaments prescrits, d'ordonnances. Mais il reste que ça a été le cas. Et j'espère qu'il n'y en aura pas de dérapage. Puis, dans ce sens-là, le mécanisme qu'on prévoit pour reviser soit les primes ou soit d'autres mesures, d'autres aspects du régime, selon ce qu'on retiendra comme scénario, à ce moment-là, n'aurait pas à prévoir de hausse d'une année à l'autre, si jamais c'est le cas. Donc, en ce sens-là, c'est intéressant.

• (11 h 30) •

Bon. Revenons maintenant aux questions plus précises. L'intention thérapeutique. L'Ordre des pharmaciens est venu puis a aussi demandé que l'intention thérapeutique du prescripteur, donc du médecin, soit communiquée au pharmacien. Évidemment, ça apparaît intéressant parce que ça pourrait permettre au pharmacien d'être mieux en mesure d'apporter une aide à un bon usage du médicament. Comment ça pourrait se faire, en pratique? Est-ce qu'il faudrait prévoir des formulaires? Est-ce qu'il faudrait prévoir des outils pour permettre que ça se passe? Le respect du droit à la confidentialité, est-ce que vous avez réfléchi à cette question-là? Remarquez que le Collège des médecins va très loin, lui, parce qu'il propose même qu'il y ait un dossier patient où on aurait tous les médicaments qui seraient utilisés par un patient. Alors, j'aimerais ça vous entendre sur ça.

M. Gagnon (Claude): Bon, en ce qui concerne l'intention thérapeutique, la raison pour laquelle on pense que ça pourrait être important — et je pense qu'on fait plus que le penser, on est certain que ça serait important pour nous — c'est qu'il y a quand même beaucoup de médicaments aujourd'hui qui ont plusieurs façons d'être utilisés dans plusieurs thérapies. Et, quand on voit arriver la personne avec une ordonnance, souvent on n'est pas capables d'établir dans quel pronostic ou dans quel diagnostic il lui a été prescrit, ce qui fait qu'on n'est pas toujours en mesure de donner le conseil, effectivement, adéquat pour que le patient comprenne bien sa thérapie et l'importance de sa thérapie.

Donc, comme il arrive dans certaines thérapies actuellement, il y a des codes qui existent. Je pense qu'il ne faut pas alourdir la procédure, parce que, à partir du moment où on alourdit les procédures, personne n'embarque dedans, et ça complexifie le temps établi pour faire l'ordonnance et le temps pris avec le patient. Je pense qu'il ne faut pas le bureaucratiser au point de le rendre lourd, mais en diagnostic ou en médical il y a beaucoup, des fois, des structures ou des codes qui peuvent garder ce que

j'appelle l'anonymat ou la confidentialité de l'information qui est sur l'ordonnance, même si beaucoup ne sont pas capables de la lire, ce qui fait que la confidentialité est quasiment maintenue.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Dont probablement un certain nombre d'entre nous autour de la table.

M. Gagnon (Claude): Mais je pense qu'il peut y avoir des codes pour certains cas typiques de diagnostics ou d'intentions thérapeutiques qui pourraient être facilement utilisés. D'ailleurs, dans les cas de médicaments d'exception, quand on a voulu retirer les médicaments d'exception, certaines gouttes ophtalmiques, on voulait avoir des codes pour justement stipuler ça serait dans quel contexte que la prescription était faite de façon à pouvoir l'inscrire et travailler en conséquence. Donc, je pense qu'on peut trouver des méthodes simples, mais qui sont fonctionnelles. Il faut la bonne volonté de tout le monde de donner l'information. Et, vous m'avez parlé des médecins qui veulent avoir de l'information sur des prescriptions ou le contenu d'un dossier, je pense que, pour eux aussi, c'est important de connaître ce que prend un patient avant d'avoir à faire un traitement. Effectivement, ça peut être un autre médecin qui a prescrit, ça peut être dans un autre contexte, dans un autre institut, un autre centre hospitalier ou une autre clinique, donc je pense que, quand l'information peut être connue dans une plus grande entité, pour un médecin, ça lui permet de poser les meilleurs gestes possible. Donc, je pense que c'est dans l'intérêt de la population.

La confidentialité, eh bien, je pense qu'il faut vraiment, vraiment, être alerte. Et l'information entre les différents professionnels, lorsqu'un patient autorise les soins d'un professionnel avec un autre professionnel, automatiquement on a cette capacité de donner l'information. C'est juste qu'il ne faut pas prendre trop de temps dans le travail qui sera fait par le médecin, mais je pense que des codes pourraient être facilement déterminés, tout comme ils réclament actuellement à la régie pour les codes de toute façon.

Mme Marois: Oui, c'est ça. C'est intéressant. J'ai un collègue, je pense, qui veut poser des questions.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci beaucoup. Merci, messieurs, de votre présentation. Moi, il y a quelque chose qui m'a accrochée, c'est que vous dites qu'il y a plusieurs missions qui sont dans le même régime. Vous dites: santé, solidarité sociale et développement économique. Si je comprends bien ce que vous suggérez, c'est de faire assumer la mission par chacun des autres ministères. Par exemple, la santé, c'est pour assurer un accès aux médicaments à tout le monde; la

solidarité sociale, c'est qu'on fait payer un petit peu moins les gens; puis développement économique, c'est qu'on veut conserver nos compagnies pharmaceutiques. C'est des choix qu'on a faits, mais, pour vous, ils sont tous mélangés, et on devrait les séparer. Ça ne veut pas dire de les exclure, mais peut-être de les faire payer par qui de droit. Autrement dit, ce que je veux dire et ce que je comprends de ce que vous voulez dire, c'est que, si on veut continuer à conserver... On a fait des choix politiques — et indépendamment des partis, je crois — d'amener et de favoriser les conditions pour les compagnies pharmaceutiques, qui est un résultat assez impressionnant, puis qu'on veut maintenir ça, pour vous, ça devrait être séparé, c'est-à-dire être assumé, par exemple, par le ministère des Finances, ou le fonds consolidé, ou je ne sais pas, là. Mais c'est ce que je comprends de votre position.

M. Gagnon (Claude): J'aimerais laisser M. Larouche répondre là-dessus.

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

M. Larouche (Daniel): Oui. L'idée, c'est d'imputer les responsabilités là où elles doivent l'être. En d'autres termes, d'accrocher les bons chapeaux aux bonnes patères. De fait, il y a trois missions qui sont poursuivies par le régime qui se sont additionnées, qui se sont ajoutées au fil du temps. Alors, il y a la mission assurance, il y a la mission solidarité ou assistance et il y a la mission développement industriel. Le problème avec ça, c'est que, quand on arrive pour discuter de combien devrait être la prime, etc., on arrive puis, collectivement — et ça vaut autant, je pense, pour les élus que pour le citoyen qui essaie de juger du travail qui se fait — on a de la difficulté à évaluer chacune des décisions, ou chacune des missions, ou l'efficacité de chacune de ces missions-là parce qu'on ne sait plus.

On a parlé et on parle beaucoup dans cette commission parlementaire, par exemple, de la productivité du médicament, est-ce que c'est une bonne dépense, est-ce que ce n'est pas une bonne dépense et puis des propositions qui se font sur le rôle du Conseil de pharmacologie, etc. Ça, en soi, c'est une décision qui devrait se prendre sans tenir compte du besoin d'assistance parce que c'est un autre problème. Donc, là on aurait besoin de savoir elle est de combien, au moins théoriquement, nominalement, la prime d'assurance médicaments dans le régime. Bon. Supposons — je donne un chiffre en l'air — que la prime, c'est 350 \$. O.K. Il y a des gens qui ont les moyens de payer une prime de 350 \$, il y a des gens qui n'ont pas les moyens de payer une prime de 350 \$. Ça, c'est la deuxième mission. Cette deuxième mission là, c'est de dire: Jusqu'à... Et là c'est de déterminer des seuils de revenus, de déterminer quelle portion de cette prime-là est-ce que les gens vont payer, mais ça doit être basé sur, d'abord et avant tout, une idée claire de ce que cette prime-là doit être. Si on dit 350 \$, c'est 350 \$, puis on fait la gestion du régime comme ça, puis on la fixe comme n'importe quel assureur chaque année en fonction des coûts anticipés pour l'année qui vient.

L'assistance, bien 350 \$, c'est trop cher pour une proportion non négligeable de la population du Québec, notamment toutes les personnes, à mon avis, prestataires de la sécurité du revenu, une bonne proportion des personnes âgées, etc., puis d'autres personnes qui tombent à l'heure actuelle à travers les mailles de tous les filets et qui se retrouvent avec une prime qui est trop chère pour eux ou elles, qui vont bien être payés dans le secteur privé puis qui vont se retrouver dans le trouble. Alors, on dit: La prime, c'est 350 \$. Par d'autres moyens, on dit: On va payer la totalité ou une partie de cette prime-là.

Troisième élément. Au fil du temps, il s'est développé des règles. Il y a une règle notamment, la règle de 15 ans. Bon. Moi, je ne le sais pas, puis l'AQPP non plus ne sait pas si, comme mesure de développement économique, c'est efficace ou pas efficace. Est-ce que c'est un bon emploi des fonds publics ou pas? Je ne le sais pas. Il y a des gens qui sont chargés de faire ça. Maintenant, ça n'a rien à voir ni avec l'assurance médicaments ni avec la solidarité sociale, c'est du développement industriel. Alors, si le ministère de l'Industrie et du Commerce, pour ne pas le nommer, veut faire du développement industriel en utilisant de telles règles, bien que la Régie de l'assurance maladie lui envoie chaque année une facture en disant: Tes règles, on estime qu'elles nous coûtent tant, envoie-nous un chèque pour tant, puis on va envoyer le débat du développement industriel là où il doit se tenir, c'est-à-dire avec les gens qui font du développement industriel. C'est ça, l'idée.

Mme Barbeau: Est-ce que j'ai le temps pour une petite question brève?

Le Président (M. Labbé): Vous avez un petit deux minutes, pas plus, madame.

Mme Barbeau: Dans vos recommandations, suite à ce petit préambule, vous dites que vous recommandez — la première chose — que le Fonds d'assurance médicaments étende sa portée à l'ensemble des personnes assurées par la RAMQ. Ça veut dire qu'il soit complètement public? Non?

M. Larouche (Daniel): Non.

Mme Barbeau: Expliquez-moi ça.

M. Larouche (Daniel): La partie du régime public qui existe actuellement est en trois catégories. O.K.? Il y a les gens qui bénéficient de l'aide sociale, il y a les personnes âgées qui sont considérées dans une catégorie, et vous avez les nouveaux adhérents. Nous, on dit qu'il faut transformer le régime en un régime... la partie gouvernementale, la partie publique, en un régime d'assurance comme l'est le privé. Il faut le traiter comme un régime d'assurance et appliquer à ça ce qu'on appelle les autres secteurs, donc aller chercher l'argent d'Industrie et Commerce, de le ramener du coût qu'il coûte au régime actuel, de prendre Santé et Solidarité, contribuer pour les

personnes qui ne sont pas capables. Mais à ce moment-là on va connaître la facture réelle de ce que coûte le régime d'assurance, parce que le gouvernement, on veut qu'il transforme la partie médicaments en régime d'assurance du côté gouvernemental, côté public. Il y a deux régimes. Ce n'est pas un régime universel, on se comprend là-dessus. C'est qu'il y a le régime privé, qui gère avec des modalités différentes adaptées aux gens qui travaillent, adaptées aux gens du marché privé. Et vous allez avoir le régime gouvernemental, qui est comme aujourd'hui, mais avec les règles, mais qui fait en sorte que la réalité du coût de l'investissement dans le médicament va être globale. Elle va être connue, la vraie facture que ça coûte.

Le Président (M. Labbé): M. Larouche, en complémentaire, 30 secondes.

M. Larouche (Daniel): Oui, 30 secondes. À l'heure actuelle, le Fonds d'assurance médicaments ne couvre que la consommation des adhérents. La consommation de tous les autres émerge au fonds consolidé. Notre proposition, c'est que la totalité de cette population-là, à savoir les personnes âgées, les personnes prestataires de l'assistance emploi, comme on les appelle maintenant, et les adhérents, tout ça soit couvert par le Fonds d'assurance médicaments, de sorte que ce fonds-là soit imputable de ce qui se passe dans l'assurance médicaments. À l'heure actuelle, on a une vision partielle puis on a un déficit sur une partie. Excusez-moi, ça a pris 45 secondes.

Le Président (M. Labbé): C'est merveilleux.

Mme Barbeau: C'est bien. Ça répond à ma question, parce que je l'avais mal interprété.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup, M. Larouche. Merci, madame. Sans plus tarder, je cède maintenant la parole au député de Vaudreuil.

• (11 h 40) •

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, MM. Gagnon, Cadieux et Larouche. Je voudrais d'abord vous féliciter pour la grande qualité de votre mémoire. Je pense qu'il est extrêmement fouillé, qu'il reflète également l'expérience que vous avez de la gestion du régime depuis 1996. Je suis également heureux de constater que vous avez attaché une importance à bien identifier, en termes budgétaires, l'impact sur les finances publiques et je pense notamment à la page 17 où vous indiquez que finalement, quand vous considérez l'ensemble des éléments, le gouvernement, en 1998-1999, économise encore 100 000 000 \$ par rapport à l'année 1995. Donc, ça confirme, je pense, ce que nous avons dit à venir jusqu'à maintenant sur les économies qu'a voulu faire le gouvernement, notamment sur le dos des personnes les plus démunies.

J'aimerais poser une question sur le virage ambulatoire. C'est-à-dire qu'il y a certains groupes qui sont venus devant la commission et qui nous ont parlé un peu de la difficulté ou qu'une certaine incohérence existait

avec le paiement des médicaments à l'hôpital. Quand le patient sort, évidemment il doit assumer le coût lui-même. Est-ce que, dans votre pratique — parce que vous êtes un peu partout dans la province, dans les régions — vous constatez qu'effectivement, avec la situation actuelle, les règles qui s'appliquent pour le paiement de médicaments dans le réseau versus lorsque les gens sortent, ça crée des problèmes à un certain nombre de personnes que de pouvoir avoir accès aux médicaments ou se procurer des médicaments? Et aussi est-ce qu'une augmentation de prime pourrait contribuer à avoir un impact encore plus négatif sur le virage ambulatoire?

Le Président (M. Labbé): M. Gagnon.

M. Gagnon (Claude): C'est évident qu'une augmentation des primes pour ces catégories de personnes, déjà qu'il y a actuellement un genre d'inéquité, parce que, effectivement, dépendant de la façon dont les régions se sont organisées ou ont décidé de sortir ou non les patients des hôpitaux dans certaines thérapies... Il y aurait des conséquences. Ça, c'est certain, parce qu'il ne faut pas oublier que, dans le virage ambulatoire — et on va parler de l'antibiothérapie ou de l'analgésie en soin terminal — ces gens-là ont la décision finale de sortir ou non de l'hôpital. Ça ne revient pas à une institution ou à une décision du médecin de dire: Vous sortez, le patient doit être en accord pour sortir. Alors, il est évident que, à partir du moment où un patient est en accord pour prendre la décision et qu'il y aura un coût qu'il juge incapable de payer, il va vouloir demeurer en institution. Donc, c'est une barrière qui peut freiner, qui peut aussi freiner de la part des professionnels qui ont à prendre la décision. Étant donné qu'il y a un coût, ils vont y penser avant de sortir les personnes, ce qui fait qu'on s'est ramassés, sur le territoire de la province, avec des politiques qui ont varié d'une région à une autre. Il y a des régions qui se sont organisées. Il y a des gens qui sont sortis des hôpitaux, les services ont été donnés en communautaire. Ça, c'est très bien fait.

Effectivement, les gens ont à payer un coût. Il y a certains hôpitaux, apparemment, qui ont payé les coûts de ces patients-là pour assurer la gratuité. Ça, c'est des choses qu'on entend dire. Ce n'est pas des choses que je peux vous témoigner parce que je ne les ai pas vues. Mais je pense, si on veut accélérer le virage ambulatoire, si le gouvernement est favorable à un virage ambulatoire au niveau du parentéral, il devra rendre accessible de façon gratuite, comme on le fait pour certains types de maladies à type épidémiologique, l'accès à ce type de médication. C'est-à-dire il n'y a aucune contribution pour le bénéficiaire. Je pense que ça favoriserait et que ça minimiserait les coûts.

D'un autre côté, la raison pour laquelle on demande la gratuité pour ces gens-là, nous, si on veut que ça sorte des hôpitaux, c'est que les grands gagnants, dans le fond, c'est la société. On libère des lits, on réduit les coûts et on permet à d'autres gens d'avoir accès à des soins. Donc, je pense qu'on n'a pas à pénaliser les gens qui sortent par une cofacturation.

M. Marcoux: Merci.

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

M. Marcoux: Une autre question. Sur le plan plus administratif, vous suggérez dans votre mémoire de décloisonner le budget de la santé, la gestion de l'ensemble des composantes budgétaires dans notre système de santé et de créer un fonds des services de santé. On a déjà plusieurs fonds au gouvernement, vous savez. Ça s'est multiplié, les fonds depuis quelques années pour toutes sortes de raison. Mais est-ce que, dans la situation actuelle où quand même il y a une seule autorité responsable de l'ensemble de ces budgets-là, il n'est pas possible de faire une intégration, une interrelation entre les différents budgets sans être obligé encore une fois de créer une autre structure, de créer un autre fonds? Parce que c'est géré sous la même entité, finalement, en termes de structure gouvernementale, et je me dis: Pourquoi suggérez-vous la création d'un autre fonds, alors que ça pourrait très bien se faire, cette intégration-là, me semble-t-il, dans la situation actuelle, dans l'organisation actuelle?

M. Gagnon (Claude): Si vous me permettez, M. le Président, je demanderais à M. Larouche de répondre.

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

M. Larouche (Daniel): Oui, ça pourrait se faire dans la situation actuelle, parce que, bon, ultimement, la responsabilité de tout ça, ça tombe sur le bureau de la ministre, et donc il y a, de fait — puis je pense que le mémoire fait allusion à ça — des gens dont la fonction est d'intégrer l'ensemble des dépenses de la santé et intégrer, en tout cas, les décisions.

Notre proposition, ce n'est pas de pondre une nouvelle créature. Il existe des organismes qui pourraient absorber un fonds, c'est de regrouper au sein d'un fonds... Parce qu'on a beau mettre la responsabilité quelque part, après ça, une fois... Dans la vie de tous les jours, il y a des décisions qui doivent être prises et qui doivent être prises en recherchant l'efficacité globale. C'est bien beau de dire: On va optimiser, mais l'optimisation, c'est des petits gestes quotidiens, comme n'importe quelle société privée le sait. Ce n'est pas les plans qui font la job, c'est l'exécution. Et, pour cette exécution-là, si on veut que quelqu'un soit imputable administrativement de la performance de l'ensemble du système, il faut que, par exemple, des économies permises par les médicaments soient comptabilisées au moment où on prend la décision. Il faut que dans l'administration et non simplement dans la formulation des politiques... mais il faut que, dans l'administration quotidienne de ces régimes-là, cette optimisation-là, ces arbitrages-là puissent être faits de façon efficace.

À l'heure actuelle, ce qu'on a, c'est qu'on a des gens qui sont payés puis évalués pour minimiser, par exemple, les coûts de l'hospitalisation. D'autres gens sont

payés puis évalués pour minimiser et contrôler les coûts de l'assurance maladie. Puis d'autres gens sont payés puis évalués sur leur performance quant au contrôle des coûts de l'assurance médicaments. Et souvent ces gens-là vont prendre des décisions dans leur silo, indépendamment des politiques... Tout le monde est pour la maternité puis l'intégration, mais, dans la vie quotidienne, ces gens-là vont prendre des décisions dans leur silo en fonction de l'évaluation qu'on fera de leur travail à la fin de l'année, et on ne valorise pas l'optimisation entre les silos. La façon préférable de le faire, nous semble-t-il, c'est de l'intégrer à l'intérieur d'un seul fonds qui soit imputable d'optimiser les sommes, la totalité des sommes qui lui sont confiées, et ça, ça pourrait être, par exemple, la Régie d'assurance maladie du Québec ou un autre organisme qui existe déjà à qui on confierait une mission élargie.

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

M. Williams: Merci, M. le Président. Et merci à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Je vois que les pharmaciens sont habitués d'utiliser leur temps dans une façon très efficace. Et félicitations pour la qualité du mémoire et votre travail quotidien pour la population.

Je vois dans votre présentation que vous avez calculé toutes les augmentations des dépenses, je voudrais vous demander: Est-ce que dans les dépenses brutes aux médicaments les honoraires des pharmaciens sont inclus? Et je voudrais juste bien comprendre, vous donner une chance d'expliquer comment nos pharmaciens peuvent jouer plus un rôle dans toute la question de l'utilisation optimale des médicaments.

Et, juste par le fait que le temps presse, une deuxième question. Vous avez mentionné les listes des médicaments d'exception. De plus en plus, le gouvernement utilise les listes de médicaments d'exception, je voudrais savoir c'est quoi, l'impact pour vous le fait qu'un médicament est sur une liste de médicaments d'exception en comparaison de l'autre. Ça fait que c'est deux questions en une.

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

M. Gagnon (Claude): En ce qui concerne le rôle du pharmacien pour participer à aider, à améliorer, je pense que le pharmacien travaille beaucoup à développer des outils. Nous, on constate qu'une des plus grandes failles du système — puis le groupe qui nous a précédés tout à l'heure, je pense qu'il a insisté là-dessus, puis c'est vraiment important — c'est un côté éducationnel. L'éducation, on a beau éduquer les professionnels, on aurait beau changer les façons de faire des médecins, des pharmaciens, des différents intervenants de la santé, il faut absolument amener une forme d'éducation populaire. Et je pense que la population doit prendre conscience de ça, et on doit favoriser des tables facilitantes, ou des publicités, ou des campagnes qui vont permettre aux gens de bien comprendre l'importance.

• (11 h 50) •

On a eu, voilà deux ans, si je ne me trompe pas — voilà deux ans, oui — *La prescription, une bonne prescription, etc.*, qui avait été organisé, et je pense que c'est important que les gens comprennent l'importance de prendre une thérapie. Vous savez, quand on regarde, je dirais, l'ensemble des médicaments qui sont utilisés aujourd'hui, on fait beaucoup plus de l'utilisation de médicaments de prévention, on prévient la maladie. Ce n'est pas évident pour quelqu'un de dire: Je prends un médicament, puis je ne me sentais pas malade, puis je vais l'arrêter. On constate que ces cessations d'envoi de médication en cours de traitement, c'est simplement parce que les gens ne réalisent pas l'importance que ça a, autant pour la société, de se garder en santé puis... Mais je pense qu'on devra vraiment travailler fort là-dessus.

Le pharmacien, d'un autre côté, dans sa pharmacie, développe beaucoup d'outils, qu'on parle de piluliers pour la fidélité, qu'on parle d'ateliers, de conférences, qu'on parle de formation, d'enseignement. On prend l'asthme, par exemple, on développe des cliniques d'enseignement. Mais, à un moment donné, il va falloir développer les outils qui vont faire l'incitatif, qui vont permettre de prendre le temps de le faire comme il faut pour les cas déviants, les cas qui ont des problèmes d'utilisation et de compréhension. Donc, je pense qu'on a beaucoup à faire localement, dans nos entreprises, face à nos patients, et les médecins et les autres, différents intervenants, sur l'éducation et la formation, la compréhension d'une thérapie. Combien de gens sortent d'un bureau puis rentrent à la pharmacie, puis ils ne savent même pas à quoi ça sert, ce qu'il y a sur la prescription? Alors, je pense qu'on a tous un travail à faire de formation et d'éducateurs, puis il va falloir qu'on prenne à ce moment-là nos responsabilités, mais il va falloir aussi que la population soit sensibilisée à ça.

En ce qui concerne les médicaments d'exception sur la liste, l'implication pour les pharmaciens, elle est technique. Moi, je pense que la plus grande frustration est chez le patient, parce que le médicament d'exception, en soi, c'est une procédure pour réduire l'utilisation ou l'accès à une thérapie qu'on ne juge peut-être pas nécessairement de première ligne, mais essentielle pour certains types de patients. Donc, ça a été mis en place comme un outil de contrôle. Mais les grandes victimes là-dedans, c'est la population parce que c'est de la bureaucratie, c'est clérical. Quand le médecin oublie ou la secrétaire du médecin oublie de faire la demande par fax, le patient se présente en pharmacie 48 heures après, mais il ne peut pas avoir accès au médicament parce que la demande n'a pas été faite. C'est des détails techniques, mais des détails techniques qui font que la population en est la victime. Moi, je pense que le problème, c'est un problème de structure. De mettre en place des politiques qui permettent certains contrôles d'un organisme payeur qui veut dicter des genres de protocoles, ce n'est pas nécessairement négatif, mais, lorsque ces contrôles font en sorte que l'accès aux médicaments par la population, par des biais de structure... bien je pense que les grandes victimes, c'est la population, et, moi, c'est ce que je déplore de cette approche-là.

Le Président (M. Labbé): Merci, M. Gagnon. Alors, il nous reste deux minutes pour la dernière question. Alors, la députée, maintenant, de La Pinière, s'il vous plaît.

Mme Houda-Pepin: Merci, M. le Président. Alors, à mon tour, M. Gagnon, M. Cadieux, M. Larouche, je vous remercie pour la présentation que vous nous avez faite. En fait, en vous écoutant comme représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, je reconnais dans vos commentaires les commentaires que j'ai écoutés aussi de la part des pharmaciens chez nous, dans ma région, dans mon comté et je voudrais revenir sur un point concernant l'éducation que les pharmaciens peuvent faire et le rapport entre l'éducation et la baisse de la consommation des médicaments.

Un, est-ce qu'il existe des études qui ont été faites et qui sont concluantes à cet effet? Et, si vous les avez, est-ce que vous pouvez nous les déposer en commission pour le bénéfice de l'ensemble des membres? Et, deuxièmement, vous avez soulevé dans votre présentation la responsabilité administrative qui a été transférée aux pharmaciens suite à l'implantation du nouveau régime d'assurance médicaments. Ça aussi, effectivement, ça alourdit énormément le travail des pharmaciens, qu'est-ce que vous proposez concrètement pour vous débarrasser de cette carapace bureaucratique qui a été imposée aux pharmaciens?

M. Gagnon (Claude): M. le Président, est-ce que M. Cadieux peut répondre?

Le Président (M. Labbé): Bien oui, avec plaisir. M. Cadieux.

M. Cadieux (Normand): ...répondre à vos questions. Au niveau des études, il n'y a pas d'étude particulière qui porte sur, par exemple, un retour sur l'investissement pour chaque dollar qui serait investi dans l'enseignement dispensé à la population en général ou même dans des cas particuliers. Par contre, il existe certaines données qui tendent à indiquer que, pour chaque dollar investi dans certains types de soins pharmaceutiques, on a un retour sur l'investissement qui n'est pas négligeable.

On a vu ici, par exemple, au Québec qu'avec les pharmacothérapies initiales, quand elles ont été instaurées, au début de 1995, si ma mémoire est bonne, on avait des économies qui étaient assez substantielles. Ces économies-là sont confirmées dans d'autres provinces aussi. On voit en Saskatchewan, pour le même type d'intervention, pour chaque dollar qui est investi là, on a un retour sur investissement de 2,58 \$. Donc, il y a une multitude d'études qui existent comme ça, qui sont souvent conduites ailleurs qu'au Québec, qui sont souvent conduites aux États-Unis, je pense que c'est une des choses qui nous fait défaut d'avoir des analyses qui nous permettent de vraiment évaluer l'impact du médicament dans certain cas et de l'intervention aussi du pharmacien. Et je pense que, ça,

on devrait s'engager davantage dans ce type d'analyse, d'une part. Alors, ça, ça répond à la première partie de la question, et je vais vous demander de me brièvement répéter la deuxième partie de votre question.

Le Président (M. Labbé): Je vais être obligé, malheureusement... Je m'excuse, c'est parce que le temps est déjà périmé. J'ai déjà donné un effet élastique.

Mme Houda-Pepin: La débureaucratisation.

Le Président (M. Labbé): C'est ça. Alors, on pourrait peut-être en parler par la suite. Ha, ha, ha!

M. Cadieux (Normand): Bon. Je pense qu'en 30 secondes je pourrai vous dire que le président...

Le Président (M. Labbé): Je vous donne 30 secondes.

M. Cadieux (Normand): ...y a fait allusion, à ça, il s'agit principalement que la Régie fasse son travail d'information auprès de la population quant à la nature et au contenu du régime.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup, cher monsieur. Alors, merci M. Gagnon, M. Cadieux et M. Larouche. Alors, merci de votre présentation. Et j'inviterais sans plus tarder le prochain groupe à venir, le Centre juif Cummings pour aînés, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Si vous permettez, j'inviterais le Centre juif Cummings pour aînés, s'il vous plaît. Alors, j'inviterais les gens à prendre place.

Alors, bienvenue au Centre juif Cummings pour aînés. Sans plus tarder, nous allons débiter la présentation. S'il vous plaît!

Alors, sans plus tarder, nous allons débiter la présentation du Centre juif Cummings pour aînés. Alors, j'inviterais Mme Goldin à présenter les gens qui l'accompagnent. Vous avez 15 minutes pour la présentation, et par la suite les deux groupes parlementaires auront chacun 15 minutes pour réagir à la présentation de votre mémoire. Mme Goldin.

Centre juif Cummings pour aînés

Mme Goldin (Benita): M. le Président, Mme la ministre, M. le député de Vaudreuil, Mmes, MM. membres de la commission, j'aimerais vous remercier de nous donner l'opportunité de vous présenter notre mémoire. Permettez-moi d'introduire notre délégation. Mon nom est Benita Goldin, du Centre juif Cummings pour aînés. À mes côtés, Mme J.D. Zingboim et Mme Evelyn Sacks, qui sont toutes deux bénévoles au Centre Cummings. Elles sont impliquées dans nos activités d'intervention auprès des aînés de même qu'à l'action sociale. Mme Zingboim

représente notre association au comité permanent de la table de concertation des aînés de l'île de Montréal, organisée par M. le maire Pierre Bourque. Mme Sacks est l'ancien chef du comité d'action sociale du Centre Cummings. Elle est membre du conseil d'administration du CLSC NDG—Montréal-Ouest depuis sept ans et du Centre Cummings.

J'aimerais débiter en vous donnant des informations sur notre organisation, notre communauté et nos clients. Je vous parlerai ensuite des expériences que nous vivons au quotidien en ce qui concerne l'assurance médicaments. Je laisserai ensuite la parole à Mme Zingboim qui discutera de notre programme d'aide financière en ce qui touche les médicaments. Mme Sacks vous donnera le résumé de nos actions sociales, particulièrement notre travail avec la Coalition sur l'assurance médicaments.

● (12 heures) ●

Le Centre Cummings pour aînés est le résultat de la fusion de deux agences, les Services juifs de soutien aux aînés et l'Association de l'âge d'or. Nous sommes un organisme communautaire à but non lucratif desservant plus de 7 000 personnes âgées à Montréal. Nous offrons des programmes et des services à cette population en vue de les aider à préserver leur autonomie et améliorer leur qualité de vie. Nous offrons un répertoire de services et programmes visant à satisfaire les besoins de tous les aînés, qu'il s'agisse d'une personne qui connaît un niveau optimal d'autonomie ou d'une personne en perte d'autonomie, et un service de maintien à domicile.

J'aimerais vous faire part de quelques statistiques pour vous donner une idée plus précise de la situation de notre milieu. Au Québec, en 1997, selon les chiffres relevés par le Conseil national du bien-être social, un total de 192 000 personnes vivaient sous le seuil de la pauvreté. En 1991, 20 % de la communauté juive de Montréal vivait sous le seuil de la pauvreté, ce qui représente 20 000 personnes. De plus, 31,3 % des personnes âgées juives vivaient aussi au-dessous du seuil de la pauvreté. Au Centre Cummings, dans le secteur des services de soutien, la majorité de nos clients sont âgés de plus de 75 ans. La moitié de ces clients vivent seuls. Plusieurs n'ont pas de famille et sont immobiles et isolés. Vingt-trois des personnes que nous desservons sont des survivants de l'Holocauste. Plusieurs de ces personnes vivent dans les logements à prix modique avec des revenus très limités.

Le secteur de la santé publique et des services sociaux a subi de grandes transformations. Les séjours plus courts à l'hôpital et le virage ambulatoire ont eu un impact important chez les personnes âgées et pour les organisations communautaires qui ont dû planifier et réorganiser afin de répondre à de nouvelles demandes de services. Ces changements du milieu institutionnel au secteur communautaire ainsi que le fait que les aînés vivent plus longtemps et demeurent plus longtemps chez eux accroissent le besoin des services. Si nous sommes tenus de procurer la technologie et l'infrastructure nécessaires pour maintenir nos clients dans leur foyer pour qu'ils vivent de façon autonome le plus longtemps possible, nous devons

leur procurer les outils nécessaires pour ce faire. Les soins appropriés à domicile et les services de transport ne sont pas suffisants pour arriver à ces fins sans un régime d'assurance médicaments étendu, accessible et équitable pour tous.

Nous sommes favorables à l'idée d'un régime universel pour tous en autant que ce régime tienne compte des besoins particuliers des personnes âgées. Nous avons souvent constaté combien néfastes les effets du nouveau régime étaient pour nos clients. Nous avons aussi constaté un appauvrissement chez ces personnes suite à la mise en place du nouveau plan d'assurance médicaments. Ces personnes se voient forcer de choisir entre l'acquisition de leurs médicaments et l'achat de nourriture ou autres nécessités. Le rapport provenant du Dr Robyn Tamblyn reflète la réalité que vivent nos personnes du troisième âge. La contribution financière imposée aux personnes âgées à faibles revenus s'avère trop lourde pour leurs moyens. Il est aussi important de noter d'autres effets indésirables méconnus découlant souvent de cette situation. Par exemple, nous savons que des personnes âgées deviennent isolées socialement parce que leur situation financière ne leur permet pas de payer le transport ou s'offrir d'aller au cinéma, au restaurant ou autres sorties. Leur qualité de vie est souvent compromise par le régime d'assurance médicaments. Les médicaments leur permettent d'être en vie mais non de vivre. Ils sont renfermés et isolés du reste de la communauté.

Une autre issue de grande importance est le fait que ces personnes sont embarrassées et humiliées de ne pouvoir payer pour leurs médicaments. Quelques-uns se voient dans l'obligation de demander des allocations mensuelles à leurs enfants pour combler cette lacune. D'autres doivent recourir à des organisations communautaires pour assistance financière. Ces situations sont dégradantes et démoralisantes pour nos aînés.

J'aimerais partager avec vous un cas particulier mais non peu commun pour l'une de nos clientes faisant face aux difficultés associées à ce régime. Cette dame âgée de 80 et quelques années souffre depuis quelque temps du cancer du sein. Elle est sous traitement de chimiothérapie et de radiation, et, dû au fait qu'elle doit payer pour ses médicaments, elle est incapable de payer les services et accessoires pour atténuer les effets de radiation et de chimio. Elle ne peut s'offrir les bas support dont elle a besoin ainsi que le transport pour ses rendez-vous de traitements. Elle doit compter sur le support de sa famille, du CLSC pour l'aider dans ses activités quotidiennes. Chaque fois que cette dame a besoin d'assistance financière, elle nous appelle et pleure, car elle est jeune et mal à l'aise d'avoir à nous demander de l'aide. En plus d'être aux prises avec ces problèmes de santé, elle doit subir cette situation très humiliante. Le cas de cette personne n'est cependant qu'un autre cas devenu malheureusement trop familier dans les milieux où nous oeuvrons.

Je vais maintenant donner la parole à Mme Zingboim qui vous parlera de notre programme d'assistance.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Zingboim.

Mme Zingboim (Jeanne d'Arc): Bonjour. Une des missions de notre organisation est de défendre les droits de nos clients auprès de la communauté, du public et des organismes gouvernementaux. Nous travaillons de pair avec d'autres organismes dans la même direction. Notre contact étroit avec les personnes du troisième âge nous mène à réaliser combien vulnérables sont bon nombre de nos clients du point de vue financier.

C'est à la suite d'une entrevue télévisée avec une professionnelle de notre service et une cliente de notre centre, qui a raconté au cours de l'émission qu'elle devait rationner ses médicaments et même sa nourriture pour boucler son budget, qu'un téléspectateur a fait parvenir des fonds à notre organisation dans le but de permettre aux personnes que nous desservons et qui sont dans des situations semblables de se procurer les médicaments dont elles ont besoin. C'est de cette façon que nous nous sommes engagés à venir en aide financièrement à notre clientèle vivant la même situation. Des fonds de 15 000 \$ provenant du secteur privé sont utilisés à cette fin. La distribution des fonds est répartie à raison de 200 \$ par personne ayant à déboursé ce 200 \$ par année, c'est-à-dire que nous payons la totalité du montant qu'elles ont à verser.

Avec le temps, le nombre de demandes grandit sans cesse pour les clients qui doivent prendre des médicaments qui ne sont pas couverts par le présent régime. 50 % des clients sont ceux qui reçoivent le supplément du revenu et 50 % sont ceux dont les médicaments ne sont pas couverts par l'assurance médicaments. Présentement, 101 de nos clients bénéficient de notre aide. Vu le nombre grandissant de demandes de financement provenant du secteur privé, qui est en soi une source instable, il est devenu nécessaire d'empiéter sur des fonds prévus pour d'autres dépenses reliées aux services que nous offrons à notre clientèle de personnes âgées. On croit sincèrement qu'il relève de la responsabilité du gouvernement d'établir un système d'assurance médicaments qui tienne compte des besoins spécifiques des personnes âgées, dont le nombre augmente considérablement. Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame. Alors, Mme Sacks.

Mme Sacks (Evelyn): Merci, monsieur. When I retired, in 1983, I pledged myself to the community for several years until such a time when I might find the work too taxing. And, here I am, in the year 2000, still a volunteer with seniors in the community, working harder than ever before because seniors are increasing in numbers and their needs are forever escalating.

The needs of seniors are many: health, financial, housing, transportation, safety, but first and foremost the need is good health care. And since 1996 and Bill 33, volunteers in the community organizations have been deeply involved in that aspect of home care with which you yourselves are concerned today: medication insurance. With the passing of that bill, people aged 65 and over seem to have been targeted. When the 2 \$ per prescription for seniors was replaced by a deductible and 25 %

coinsurance on prescription costs, seniors everywhere were confused and frightened by the change. This was not local or limited; this was, in fact, shortly to become what it is today, a provincewide issue. So a coalition of organizations across the province was formed to address many problems resulting from the high cost of medications.

● (12 h 10) ●

As an organization, our organization, which delivers services to the community, we have been involved in various actions both on our own and in conjunction with a Coalition on medication insurance. Our volunteers have been assisting seniors who come to us with their concerns. I'm certain that the fear of having to choose between the costly medication and other essentials, such as food and rent, has already been reported to you many times this past week.

Our own work has been to inform seniors in synagogues and church groups, in senior residences, etc., of the medication insurance policy.

We ran a very extensive letter-writing campaign to the Minister of Health, as you know. We visited our MNAs to tell them of our concerns, and this was in concert with visits to MNAs through all of Québec. Through several press releases, we brought the plight of the seniors to the attention of the media and to the public. We sat on an advisory committee which evaluated the medical insurance plan chaired by Dr Robin Tamblyn. We collaborated with a coalition of physicians for social justice. And, last week, we were joined by close to 200 people from Québec. We demonstrated right in front of this building, you know. Our aim was to get coverage by the press and, hopefully, to reach the attention and the ear of this commission.

I have been speaking of seniors in my community and especially impoverished seniors, but, if our problems can be solved in a manner suggested in our brief, not only will the seniors of Québec benefit, but their children and all Quebecers as well. Merci, monsieur.

Le Président (M. Labbé): Thank you very much, Mme Sacks. Alors, sans plus tarder, nous allons maintenant céder, comme il se doit, la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, merci pour votre mémoire. Thank you for your presentation. Il y a des choses intéressantes que vous soulevez évidemment aussi, qui doivent nous interpeller. Il y a un groupe ce matin qui est venu aussi présenter un peu la situation de personnes qui sont à la sécurité du revenu et qui ont un certain nombre de difficultés à l'égard de la question de l'assurance médicaments.

Je vais quand même me permettre de faire deux remarques au départ avant d'aller vers des questions plus pointues ou plus précises. Je regardais encore la comparaison avec ce qui se passe dans d'autres provinces et, dans le fond, à part sans doute une province où il y a vraiment un régime qui est plus intéressant que le nôtre sur

certaines caractéristiques — et l'Association des pharmaciens nous l'a rappelé tout à l'heure et d'autres groupes avant eux — il faut bien constater qu'on est à cet égard très progressiste que d'avoir implanté un régime d'assurance médicaments qui permet d'avoir une couverture universelle, évidemment avec des contributions qui sont différentes selon les situations et selon les revenus des personnes, mais il reste que c'est le seul endroit au Canada actuellement où il y a un tel régime. En fait, il y en a un autre endroit, je pense que c'est au Manitoba où il y a des avantages comparables. Mais, quand on regarde ailleurs, ce sont d'abord des contributions beaucoup plus importantes dans les limites de dépenses que ce qu'on a au Québec et dans certains cas — je pense à l'Ontario entre autres — c'est vraiment un «régime catastrophes», comme on dit, et donc qui n'offre pas le même niveau de couverture. C'est important de le dire parce que c'est vrai qu'il faut améliorer notre régime, c'est vrai qu'il faut corriger certains de ses aspects mais en même temps, il faut aussi se dire qu'on a fait un pas de géant quand on l'a implanté et on a permis une couverture — nous parlons des personnes âgées — entre autres de tous les enfants qui n'étaient pas couverts si leurs parents n'avaient pas accès à un régime privé.

Une question que je fais creuser actuellement par la Régie des rentes du Québec, c'est la contribution demandée effectivement aux personnes âgées qui n'ont que le SRG, le supplément de revenu garanti, partiel. Et nous savons que de passer d'une amélioration du supplément de revenu garanti de quelques dizaines de dollars peut faire passer à une classe de contribution beaucoup plus importante. C'est un des problèmes que vous soulevez. Alors, ça, c'est une des questions qui sont actuellement sous évaluation, et on verra s'il est possible de suggérer certaines améliorations à cette question-là, quitte à ce qu'on repousse un peu la demande de contribution auprès des personnes âgées, soit par la prime, compte tenu que l'amélioration qu'elles ont par le supplément de revenu garanti n'est pas très élevée dans certains cas. Je pense qu'il y a un travail à faire à cet égard-là.

Dans votre mémoire, vous faites un certain nombre de commentaires puis vous faites certaines propositions. Quand vous dites que bon nombre de médicaments essentiels ne sont pas inscrits sur la liste — vous en avez parlé tout à l'heure — des médicaments remboursables, en fait, j'aimerais ça que vous m'identifiez un peu ce dont il s'agit, parce que nous avons sur la liste de médicaments tous les médicaments essentiels, si on veut, pour soigner les personnes, pour traiter les personnes. Et effectivement, il y a un certain nombre de médicaments qui ne sont pas sur la liste mais qui ne sont pas par ailleurs considérés nécessairement comme essentiels. Alors, j'aimerais ça que vous me parliez un petit peu à quels médicaments vous faites référence. Vous l'avez fait dans notre intervention aussi tout à l'heure.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Goldin.

Mme Goldin (Benita): O.K. Je ne suis pas une pharmacienne, mais...

Mme Marois: D'accord. Mais de par l'expérience que vous avez avec les gens que vous aidez... D'ailleurs, je vous remercie de les aider.

Mme Goldin (Benita): O.K. Je sais, c'est plutôt avec nos clients qui ont l'Alzheimer et prennent de l'Aricept, ça, ce n'est pas couvert. Je sais que le Celebrex est maintenant couvert. Mais avant ce n'était pas couvert, et ça, c'était un grand problème pour les personnes qui ont de l'arthrite. C'est des choses comme ça pour des maladies très lourdes.

Mme Marois: Oui, très lourdes. Sur l'Aricept en particulier, il y a un comité de travail qui a été mis en place pour demander qu'on évalue à nouveau la possibilité d'inscrire ce médicament, parce que la Société pharmaceutique est venue à quelques reprises avec son dossier et on n'a pas jugé... Ce sont des scientifiques qui l'ont fait, là — moi non plus, je ne suis pas pharmacienne — et qui ont évalué que les avantages n'étaient pas suffisamment significatifs pour l'inscrire ou la preuve n'était pas suffisamment claire. Mais, comme la société pharmaceutique nous dit qu'elle a de nouveaux éléments à nous proposer, il y a un comité qui est sur pied pour aborder cette question-là.

Bon. Parce que, moi, je pensais, peut-être, je me disais, il y a peut-être des médicaments, comme des laxatifs ou des choses comme ça, des antihistaminiques, qui ne sont pas sur la liste. Comme on sait qu'il y a des produits naturels parfois qui peuvent remplacer ce type d'intervention, c'est pour ça qu'on ne les a pas mis évidemment sur la liste, parce qu'on sait que par une bonne nutrition on peut corriger certains des problèmes qui sont rencontrés. Mais, quand on parle de maladie lourde comme l'Alzheimer, je pense qu'effectivement il faut faire rapidement des études et des analyses, et, si on peut inscrire le médicament, il faut le faire à ce moment-là quand la preuve est faite qu'il y a un avantage significatif. Je vous suis. D'ailleurs, on a fait la même chose il y a peu de temps, pas tout à fait un an, je pense, dans le cas du sida où on a fait introduire sur la liste des médicaments qui sont très coûteux, bien sûr, mais après qu'on eut fait la démonstration qu'ils avaient un impact significatif. Bon, ça, c'était une première question.

Il y en a une... Quand vous dites: «Le développement d'une politique globale sur les médicaments — j'ai déjà eu l'occasion d'expliquer pourquoi on n'avait pas pu procéder jusqu'à maintenant — incluant des politiques ciblant la pratique médicale de même que le rôle joué par les grandes compagnies pharmaceutiques dans la détermination du coût des médicaments», est-ce que vous pouvez élaborer un petit peu sur cette question-là? Par rapport aux gens que vous servez, madame, par rapport aux services que vous recevez, qu'est-ce qu'on devrait demander aux médecins en ce sens, de plus que ce qu'ils font maintenant?

• (12 h 20) •

Le Président (M. Labbé): Mme Goldin.

Mme Goldin (Benita): O.K. On sait qu'il y a des problèmes avec quelques médecins qui donnent aux personnes âgées plusieurs prescriptions, et on sait que ce n'est pas bon. Ça, c'est une des choses qu'on veut que ça soit plus réglé. On veut que les médicaments qui sont un peu plus chers soient plus offerts aux clients. On veut que ce soit vraiment une politique de la province et que ce ne soit pas juste au choix du pharmacien ou au choix du médecin, on veut que ce soit une politique.

Mme Marois: Globale.

Mme Goldin (Benita): Oui.

Mme Marois: D'accord. Ça va pour l'instant. Je pense que j'avais une collègue qui voulait...

Le Président (M. Labbé): Oui. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Bonjour, mesdames, merci de votre présentation. Moi, j'aurais une question et je vous demanderais d'élaborer. Vous dites dans votre mémoire qu'aucun des scénarios proposés n'a votre approbation, même le scénario 7, qui est un scénario de régime public, mais évidemment d'assurance où il y aurait contribution, et vous proposez plutôt, je pense, à la dernière page: L'expérience de certains pays démontre que le meilleur moyen de parvenir à cette fin est d'instaurer un régime subventionné et régi par l'État.

Est-ce que vous pouvez élaborer et nous dire quels sont les pays et de quelle façon ils ont financé? Est-ce à même un fonds consolidé, à même une taxe spéciale, etc.? Quels sont les pays qui ont instauré ce régime universel d'assistance, finalement, et non pas d'assurance, compte tenu qu'il n'y a pas de contribution de demandée?

(Consultation)

Mme Zingboim (Jeanne d'Arc): On n'a pas de données spécifiques de quels pays, présentement...

Mme Leduc: O.K.

Mme Zingboim (Jeanne d'Arc): ...à vous donner qui fonctionnent comme ça. Mais on aimerait que ça soit une politique au même sens que l'assurance médicale que nous avons présentement au Québec.

Mme Leduc: Oui, mais c'est ce que j'avais compris, là, que vous souhaitiez que ce soit financé non pas par des contributions, mais par un fonds quelconque du gouvernement.

Mme Zingboim (Jeanne d'Arc): Un fonds général.

Mme Leduc: Mais je ne savais pas si vous aviez des exemples à nous donner de comment on avait fonctionné ailleurs. Ce n'est pas grave...

Mme Zingboim (Jeanne d'Arc): O.K. Ha, ha, ha!

Mme Leduc: ...on les trouvera sûrement. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup pour la question. Est-ce qu'il y a d'autres questions du côté de l'aile...

Mme Marois: Je vais revenir un peu plus tard.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue et merci de votre présentation, et également toutes nos félicitations pour le travail extraordinaire que vous faites auprès des personnes dont vous vous occupez, des personnes âgées les plus démunies.

Peut-être simplement indiquer, au point de départ, compte tenu de la remarque qu'a faite la ministre, que l'assurance médicaments, la partie pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi, a été mise sur pied en 1996 pour réduire les dépenses gouvernementales. Je pense que, ça, il faut le rappeler. Et, dans le fond, on parlait à ce moment-là d'impôt-médicament pour ces clientèles-là, et je pense que c'est exactement la nature des dispositions qui ont été incluses dans la Loi de l'assurance-médicaments. Quand vous mentionnez que c'était une attaque en règle, dans le fond, contre les plus démunis et les personnes âgées qui ont moins de revenus, je pense que vous avez tout à fait raison et que vous le vivez à chaque jour.

Le rapport Tamblin évidemment a été rendu public en 1999. Il y a eu des modifications qui ont pris effet en octobre 1999 pour une partie des prestataires d'aide sociale, ceux qui sont inaptes à l'emploi. Par ailleurs, si je comprends, il reste encore beaucoup de problèmes dans la vie réelle de tous les jours pour les personnes qui sont peut-être aptes à l'emploi, mais les personnes âgées également. Est-ce que vous pourriez donner une indication un peu... vous en avez parlé un peu lors de votre présentation... est-ce qu'il y a beaucoup de personnes qui, encore, avec le régime actuel, doivent choisir entre le logement, la nourriture ou les médicaments et pour qui ça a un impact à la fois sur leur santé ou, possiblement, sur leurs loisirs également? Parce que, si une personne ne prend pas la médication qu'il faut, elle est moins capable de fonctionner. Ça a également un impact sur tout le reste et notamment sur ses loisirs. Est-ce que vous pourriez nous donner une indication encore des... Est-ce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont touchées par ce qui existe actuellement?

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Goldin.

Mme Goldin (Benita): Oui, on voit ça chaque jour. Chaque jour, on a des appels des personnes âgées et aussi de leurs familles et des aidants naturels. Ils nous appellent

et disent: Je suis allé à la pharmacie et je ne peux pas acheter mes médicaments. Ou: Je ne peux pas acheter tous mes médicaments parce que je n'ai pas d'argent. Et c'est un problème qu'on voit partout, ce n'est pas seulement notre centre, c'est partout dans la province et partout, toutes les organisations communautaires voient la même chose. Je n'ai pas de statistiques, mais j'ai entendu que les «food banks»... On a reçu plusieurs demandes pour la nourriture, et c'est à cause des personnes qui n'ont pas l'argent ou qui utilisent l'argent pour les médicaments et n'ont rien pour la nourriture. Et aussi j'écoute des plaintes des personnes qui me disent: Je ne peux pas sortir avec mes amis, je dois rester toujours chez moi parce que je n'ai pas d'argent pour faire des choses de loisir et des sorties. Et ils me disent: Je suis vivante, mais je ne vis pas parce que je dois rester chez moi tout le temps. Alors, c'est vraiment un problème.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci beaucoup, M. le Président. Merci, mesdames, représentantes du Centre juif Cummings aux aînés. Ça va me prendre un certain temps pour m'habituer au nouveau nom. On avait la tendance de vous appeler soit le Golden Age Association ou The Jewish Support Services for the Elderly, so we'll take a little time to have the new name of your organization roll off the lips, but I'm sure it will come.

Pour commencer, j'aimerais peut-être que Mme Goldin nous répète le pourcentage de personnes dans la communauté juive qui vit en dessous du seuil de pauvreté de la population générale et la population âgée, parce qu'on a souvent ce mythe, M. le Président, qui est très répandu, que la communauté juive est riche, et ça, on l'entend en dépit de toutes sortes d'efforts d'intégration et de connaissance accrue entre les diverses composantes de la société québécoise, parce que, si mon oreille est fiable, je pense que les proportions que vous avez mentionnées sont à peu près égales à la proportion générale des personnes qui vivent en dessous du seuil de faibles revenus du Québec. Alors, quelles sont les deux proportions, Mme Goldin?

Mme Goldin (Benita): La population, c'est à peu près 100 000 personnes, et à peu près 20 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, et à peu près 31,3 % des personnes âgées vivent sous le seuil de pauvreté.

M. Copeman: Qui ressemble pas mal au portrait du Québec, M. le Président, et c'était le point que je voulais faire valoir de façon générale. Peut-être une autre question plus technique: la démographie dans la communauté juive, le pourcentage des personnes âgées par rapport au total. Ma compréhension des choses, c'est que notre communauté a un pourcentage plus important de personnes âgées, 65 ans et plus, que la proportion générale de la population québécoise, mais je ne sais pas si vous avez les statistiques là-dessus.

Mme Goldin (Benita): Je n'ai pas les statistiques actuelles, mais je suis sûre que, ça, c'est vrai, et aussi on a le problème que plusieurs de nos jeunes sont partis de la province. Alors, il n'y a pas les jeunes, les membres de la famille pour aider leurs parents et leurs grands-parents avec les soins à domicile, avec l'assistance financière et les choses comme ça. On a aussi la population des survivants de l'Holocauste qui, la plupart du temps, n'ont pas de famille ici à Québec ou ailleurs.

• (12 h 30) •

M. Copeman: A little bit earlier, Mr. Chairman, the Minister indicated that the plan required seniors with the means to pay. I think that's generally... je l'ai noté en français, qui a une certaine capacité de le faire, de faire une contribution à notre régime général. Where I think there may be some discrepancy or some disharmony with that suggestion which, generally speaking, is acceptable, it's where of course one draws the line on the issue of seniors with means. Apparently, for the Government, seniors with means begin somewhere around \$10 700, which is the level at which one begins to pay the premium, and one pays the full premium at around \$15 000. Would that correspond to your sort of lay understanding of what is a person with means? Do you think that that's a realistic place to draw the line in terms of where the premium begins to kick in and where the premium kicks in fully, and of course, the \$200 that applies for people under the full Old-Age Supplement?

Mme Goldin (Benita): No, we don't. We believe that the plan should be modified, for everyone under the poverty line as defined by Statistics Canada should be receiving free medication. And we also believe that the source of income should be defined differently. It shouldn't be whether a person receives... like the Minister was saying before, it shouldn't be whether it's partial supplement or full supplement or no supplement, it should be based on a person's global income and that should be for anyone above the Statistics Canada poverty line. Then, we agree that there should be some source of premium and a fee associated with the plan.

M. Copeman: Then, perhaps, just finally, Mr. Chairman, j'ai cru comprendre également qu'il y a une pléthore d'autres groupes qui travaillent un peu, dans la communauté, chez les personnes âgées, et ainsi de suite. Vous, vous avez clairement indiqué que, pour à peu près une centaine de vos clients, vous êtes obligés de recourir à des fonds privés pour les aider à payer leurs médicaments. Je dois comprendre également que l'organisation Jeunesse au soleil, Sun Youth, has a similar fund. So, obviously, this issue of assisting seniors with very limited means is broader than certainly the 100 clients of the Cummings Center. Do you have any sort of broader portrait of what it would be like for seniors?

Mme Goldin (Benita): Je peux vous dire qu'on n'a pas assez d'argent pour couvrir toutes les personnes qui ont besoin d'assistance financière. We get requests every

day that we can't respond to, we just simply don't have the funds. And I know that Sun Youth, in the past, I believe they were helping over several hundred people; we don't have that funding. But it's not an issue that is going to go away, particularly if the premiums are increased. It will just... les demandes vont augmenter, on ne va pas avoir d'argent, des fonds, pour ces personnes, et je pense que ce n'est pas notre responsabilité de donner de l'aide financière aux personnes. On le fait parce qu'on ne veut pas que les personnes soient sans nourriture ou d'autres choses essentielles, mais je pense que, ça, c'est un problème très réel, et c'est au gouvernement de trouver quelque chose pour améliorer la situation.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme Goldin. Alors, sans plus tarder, je cède la parole maintenant à Mme la députée de La Pinière, peut-être en conclusion.

Mme Houda-Pepin: Merci, M. le Président. Alors, à mon tour, Mme Goldin, Mme Zingboim et Mme Sacks, thank you very much for the presentation. In fact, you educate us about the situation and the reality of the seniors in the Jewish community. Sur une note plus positive, moi, je voudrais vous féliciter aussi pour le travail que vous faites auprès de ces personnes démunies et auprès des personnes âgées en particulier. Vous êtes un exemple pour l'ensemble des communautés et pour la communauté québécoise en général par les liens de solidarité, de sensibilité que vous avez à l'égard des personnes les plus défavorisées.

Dans votre mémoire et dans votre présentation, vous demandez une politique globale de santé, une équité dans le régime, et vous dites aussi qu'il faudrait que le régime d'assurance médicaments soit entièrement public et universel. Est-ce que cela, dans votre esprit, exclut la coexistence avec un régime privé?

Mme Goldin (Benita): Notre préférence, c'est que ça soit un régime universel et public, parce qu'on ne veut pas voir qu'il y aura des circonstances où le régime privé... favoriser les personnes qui sont très malades et qui seront très coûteuses pour ces compagnies privées.

Mme Houda-Pepin: Sur une autre question, qui se rapporte au maintien à domicile. Avec le virage ambulatoire, il y a des études et en tout cas des analyses qui démontrent que le fardeau des soins a été transporté dans les familles et chez les bénévoles. Vous êtes une organisation de bénévoles, est-ce que votre expérience avec les personnes âgées, les personnes malades, démontre cette réalité-là, que le fardeau des soins à domicile est supporté par les familles, plus particulièrement les femmes à la maison, et aussi par les groupes communautaires, notamment les organisations bénévoles comme la vôtre?

Mme Goldin (Benita): Oui, ça, c'est la réalité. C'est les femmes plutôt, c'est les aidants naturels et ensuite les organismes communautaires. Comme j'ai dit, il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas de famille;

alors, il n'y a personne pour ces personnes âgées pour leur aider.

C'est vrai que le virage ambulatoire, il a un grand effet sur les personnes âgées en particulier, parce que, comme avant, ils demeurent chez eux et après ils vont à l'hôpital et restent... soins hôpital pour longue durée. Maintenant, ce n'est pas la norme. Maintenant, ils vont à l'hôpital pour un soin très court, un séjour très court, ils retournent chez eux, et il faut qu'il y ait beaucoup de services pour ces personnes: des services de CLSC, des services de soins médicaux, de soins infirmiers, du maintien à domicile, les médicaments, le transport. C'est une longue liste.

Alors, oui, on a vu un très grand impact avec le virage ambulatoire.

Mme Houda-Pepin: Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): Merci, madame. Alors, sans plus tarder, en conclusion, Mme la ministre, si vous permettez.

Mme Marois: Alors, je vous remercie, M. le Président. Je voudrais à nouveau vous remercier pour votre engagement et votre implication dans la communauté. Les problèmes que vous nous soulevez vont être analysés. Déjà, on a du travail de fait sur certains d'entre eux, comme je vous le mentionnais, particulièrement du côté des personnes âgées, qui ont la moitié ou une partie du supplément au revenu garanti mais qui voient leurs primes augmenter d'une façon significative, et toute autre mesure que l'on pourrait implanter qui nous permettrait de diminuer les coûts du régime pour améliorer le niveau des services aux personnes. Merci beaucoup pour ce que vous faites.

Mme Goldin (Benita): Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Alors, Mme Goldin, Mme Zingboim et Mme Sacks, merci de votre présentation.

Alors, compte tenu que nous avons terminé pour ce matin, nous ajournons à 14 heures, cet après-midi. Merci pour votre collaboration.

(Suspension de la séance à 12 h 38)

(Reprise à 14 h 3)

Le Président (M. Labbé): Alors, si vous permettez, mesdames, messieurs, nous allons débiter la commission comme telle. Sans plus tarder, j'inviterais donc le premier groupe à faire sa présentation, soit la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec, à prendre place, s'il vous plaît.

Dans un premier temps, je vous avise comme tel que vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire.

Je vous inviterais donc à présenter les gens qui vous accompagnent, et par la suite chacun des niveaux de gouvernement va avoir 15 minutes pour répliquer à votre mémoire et, en fait, en jaser un petit peu plus en profondeur. Alors, sans plus tarder, je présume que je cède la parole à M. Daniel Larouche. M. Larouche.

**Société canadienne de la sclérose en plaques,
division du Québec**

M. Larouche (Daniel): Je vous remercie, M. le Président. Je suis Daniel Larouche. Je suis le président de la Société canadienne de la sclérose en plaques, division du Québec. Je suis accompagné...

Une voix: ...

M. Larouche (Daniel): Je suis mon propre frère jumeau, si ça vous... Je suis accompagné, à ma gauche, de Mme Magali Plante, qui est directrice des services de la Société, et, à ma droite, de M. Marc Girard, qui est neurologue rattaché au CHUM, spécialisé notamment en sclérose en plaques et qui est un très proche de la Société, un ancien membre du conseil et qui est demeuré très proche.

Nous remercions bien sûr la commission de nous avoir invités à comparaître. La Société compte près de 6 000 membres au Québec et 28 000 au Canada. La mission de la Société est double. D'une part, nous voulons être un chef de file dans la recherche pour trouver une cure pour la maladie, et nous avons financé en nos 50 ans d'existence plus de 50 000 000 \$ de projets de recherche, et nous voulons, deuxième volet de notre mission, améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaques en prodiguant des services de soutien, des services d'éducation et de sensibilisation mais également d'intervention auprès d'employeurs, des assureurs et parfois même des gouvernements, comme nous l'avons déjà fait par le passé.

Petit rappel, la sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central. C'est une des maladies neurologiques les plus répandues chez les jeunes adultes, et on estime, au Québec, qu'elle touche environ une personne sur 500. La sclérose en plaques se manifeste sous plusieurs formes, principalement des poussées suivies de rémissions ou une dégénérescence progressive. Les symptômes sont très variables d'une personne à l'autre ou même, selon l'évolution de la maladie, dans la vie d'une personne. Ça se manifeste par, par exemple, de la fatigabilité, des difficultés d'élocution, des troubles visuels qui peuvent aller jusqu'à la cécité, des problèmes de motricité qui peuvent aller jusqu'à la paralysie. Et, même s'il arrive qu'on meure de complications associées à la maladie, la maladie elle-même n'est pas mortelle.

Quant au traitement, la maladie, la sclérose en plaques est toujours incurable, et, jusqu'à il y a à peine quelques années, il n'y avait pas de traitement spécifique pour la sclérose en plaques. Il y avait et il y a toujours des traitements pour certains symptômes associés à la maladie, mais c'est très récemment qu'il y a des traitements qui

sont cliniquement prouvés et qui peuvent avoir une influence sur le cours de la maladie, sur l'évolution de la maladie. Ces traitements-là sont des traitements continus que les gens doivent prendre toute leur vie, un peu comme l'insuline chez les diabétiques, par exemple.

Nous avons soumis un mémoire à la commission parce que, nous semble-t-il, la sclérose en plaques est au coeur des deux problématiques fondamentales auxquelles fait face l'assurance médicaments; nous avons pensé que notre expérience pouvait peut-être éclairer la réflexion de la commission à cet égard.

Le premier des deux volets, bien sûr, c'est l'accessibilité à l'assurance. L'assurance médicaments se voulait, enfin a été annoncée comme étant une mesure d'accessibilité à l'assurance médicaments parce qu'il y avait à l'époque, disait-on, à peu près 15 % de l'ensemble de la population québécoise qui n'avait pas d'assurance. Souvent, parce que, bon, ils n'avaient pas d'emploi, ou ils n'avaient pas accès à l'assurance collective, ou à cause de leur état de santé, ils faisaient l'objet d'antisélection.

Ce problème-là était jusqu'à la mise en oeuvre de l'assurance médicaments encore plus important chez les personnes atteintes de sclérose en plaques. On estimait à l'époque, vers le milieu des années quatre-vingt-dix, qu'environ 43 % des personnes atteintes de sclérose en plaques n'avaient accès à aucune forme d'assurance médicaments, souvent parce que les personnes atteintes de sclérose en plaques n'avaient pas accès à un emploi dans une organisation qui disposait d'assurance collective ou qui offrait à ses employés l'assurance collective ou souvent parce que, également, les personnes faisaient l'objet d'antisélection de la part des compagnies d'assurances. Évidemment, on ne va pas assurer quelqu'un dont on sait d'avance qu'il est malade et qu'il consomme beaucoup de médicaments, c'est un peu normal.

Par ailleurs, il y avait même des gens qui pouvaient être privés d'un emploi, ne pas avoir accès à un emploi pour la simple raison qu'ils faisaient de la sclérose en plaques, et on savait qu'ils provoqueraient des coûts très élevés pour les régimes d'avantages sociaux, par exemple le régime d'assurance médicaments de l'entreprise. Et, par conséquent, ils se voyaient bloqué l'accès à un emploi à cause de leur état de santé et à cause du rapport entre leur état de santé et le coût des programmes d'avantages sociaux de l'entreprise.

Donc, l'assurance médicaments a donné accès à une assurance à toutes ces personnes-là. Maintenant, toutes les personnes ayant la sclérose en plaques comme tous les citoyens du Québec ont accès à une assurance privée ou publique. Et, même pour les gens qui bénéficiaient d'assurance privée déjà, à cause de la mutualisation qui a été mise en vigueur en 1997, ça leur a garanti, si vous voulez, ça leur a facilité la continuation de l'assurance privée et souvent ça a permis de les maintenir en emploi parce que le coût était réparti sur un plus grand nombre de personnes, et donc ils n'imposaient pas un coût indu à leurs collègues de travail à cause de leur état de santé.

Le deuxième volet bien sûr qui touche directement la sclérose en plaques en rapport avec le régime

d'assurance médicaments, c'est toute la problématique qui touche les médicaments coûteux. Des médicaments qui ont été mis sur le marché depuis cinq ans, il y en a quatre pour soigner spécifiquement la sclérose en plaques. Alors, ils ne la guérissent pas, mais ils en ralentissent l'évolution et ils en atténuent les symptômes de façon très significative.

• (14 h 10) •

Alors, ces médicaments-là coûtent, selon le médicament dont il est question, entre 12 000 \$ et 21 000 \$, 22 000 \$ par année. C'est évident que, sans le régime d'assurance médicaments ou sans protection d'assurance médicaments, pour la quasi-totalité des citoyens ces protections-là, ces médicaments-là, seraient purement théoriques parce que, devant une facture de médicaments de 18 000 \$ par année, on est tous pauvres ou à peu près. Donc, c'était pour les personnes atteintes de sclérose en plaques un problème qui était souvent insurmontable, même quand ils avaient de l'assurance privée.

Or, les nouveaux médicaments et ces médicaments coûteux là sont un des facteurs les plus importants de l'accroissement de coût du régime d'assurance médicaments. Donc, les critères d'inscription des médicaments, je pense, ont été identifiés comme un des enjeux très important dans le devenir de cette mesure et ils le seront à notre avis davantage à mesure que le temps va passer.

Quand on a comparé en 1996 devant la commission parlementaire qui étudiait le projet de loi, une des choses qu'on avait réclamées à l'époque, c'était un débat sur le rôle du Conseil consultatif de pharmacologie. De mémoire, on avait été les seuls ou à peu près les seuls à s'intéresser à ce problème -là. On est donc heureux que, dans les délibérations actuelles, ce soit devenu un enjeu central, parce qu'à notre avis c'est un enjeu central dans la gestion du régime d'assurance médicaments. Depuis deux ans à peine, il y a déjà deux groupes d'experts qui se sont penchés sur ce problème-là. Il y a eu d'abord le tandem McGregor-Jacob, qui a étudié ce problème-là, et ça a été suivi par le rapport Doucet, qui s'est penché, notamment, sur les critères d'inscription à la liste, la gestion de la liste des médicaments, le rôle du Conseil consultatif de pharmacologie, et toutes ces questions connexes.

Et le comité, pour l'essentiel, pour ceux qui n'auraient pas pris connaissance de ses conclusions, recommande l'élargissement du rôle du Conseil d'une part et l'élargissement de sa composition, d'autre part. Traditionnellement, le Conseil est composé de scientifiques qui, soi-disant en vertu de la loi, ne limitent leurs décisions qu'à des critères purement scientifiques. Le comité Doucet recommande que le Conseil consultatif de pharmacologie prenne en compte explicitement les valeurs économiques, les valeurs sociétales dans le choix des médicaments. Nous appuyons les conclusions de ce comité et nous appuyons ses recommandations.

Nous ne sommes toutefois pas naïfs. On sait que la prise en compte de ces facteurs-là, que la prise en compte de la pharmaco-économie, etc., ça veut dire qu'il y a des

traitements, pas seulement des médicaments, mais à la limite il y a des traitements qui seront carrément exclus et qu'il y aura des décisions de ne pas couvrir ça. Nous savons que ces changements-là permettront même obligeront à introduire dans les décisions une part de jugement — j'allais dire, mais je me suis arrêté, presque d'arbitraire parfois — dans le choix d'inscrire ou de ne pas inscrire un médicament.

Nous, on est particulièrement bien placés pour le savoir, puisque, en 1996, on est passé de la non-couverture de nos médicaments à la couverture de nos médicaments. Il faudrait être naïf pour penser que tout ça s'est fait sur une base strictement scientifique, donc ça a été un processus politique. On apprécie par ailleurs que le gouvernement ait changé d'idée et on apprécie par ailleurs que l'opposition nous ait très, très, très appuyés dans nos démarches à l'époque pour que le médicament soit inscrit à la liste. Alors, nous avons des remerciements et des manifestations d'appréciation pour tout le monde ici, dans la salle.

Mais ce qu'on considère... Alors, on prend pour acquis que, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, le processus d'inscription ou de non-inscription des médicaments à la liste est devenu politique. C'est déjà le cas, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas. La problématique est devenue politique, et ce qui nous rassure dans les recommandations du rapport Doucet, c'est que tout le processus soit encadré dans un climat d'ouverture et de transparence.

En d'autres termes, on prend fait que le processus est politique, on assume ce fait-là et on crée ensuite des structures et des processus de décisions qui sont en accord avec ça, donc transparence, donc publication des recommandations du Conseil, donc identification très claire de la recommandation du Conseil versus la décision du ou de la ministre, ce qui permet aux gens de savoir pourquoi tel médicament a été recommandé ou pas et pourquoi, ultimement, la décision a été faite et de quelle façon elle a été faite. Donc, ça nous semble apporter non pas des garanties, mais des conditions favorables à ce que le processus soit clair et imputable.

Dans un contexte comme ça cependant il y a deux choses qu'on voudrait, il y a deux soucis qu'on voudrait manifester, et c'est deux possibilités de dérive, si vous voulez, qui nous inquiètent. La première, c'est que, dans un processus comme ça, il y a toujours une possibilité très, très nette que l'exercice d'évaluation devienne bêtement économique et qu'on force presque un médicament à devenir un centre de profits avant de l'inscrire. En d'autres termes, qu'on force un médicament à faire ses frais avant de l'inscrire à la liste. Et on voudrait éviter que la démarche du Conseil de pharmacologie ou du Conseil du médicament dérive vers ce genre de chose-là. Et on peut partir des meilleures intentions du monde, quand la bureaucratie s'empare d'un processus, on ne sait vraiment jamais ce qui peut arriver.

Et la deuxième crainte qu'on a, c'est un peu parent avec ça. On voudrait que le pharmaco-économiste soit soumis lui aussi à une pharmaco-économie, c'est-à-dire

que le Conseil peut devenir une bureaucratie monstrueuse, coûteuse, avec beaucoup de monde qui fait beaucoup d'études. À un moment donné, ça peut coûter très, très, très cher, et il faudrait que ce processus-là lui-même se soumette et accepte de se soumettre à des évaluations de coûts-efficacité, parce que la bureaucratie menace tous ces organismes-là. Alors, je pense que je suis arrivé pas mal au bout de mon temps. On est disponible pour répondre à vos questions.

Le Président (M. Labbé): Excellent. J'apprécie beaucoup, M. Larouche, merci. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Je pense que vous faites une démonstration très éloquente cet après-midi de l'un des aspects absolument positifs à tous égards de l'implantation du nouveau régime d'assurance médicaments. Qu'est-ce que vous voulez? Il n'y a personne qui... D'ailleurs, en plus, ces personnes qui ont la sclérose en plaques souvent vont avoir de la difficulté à contracter une assurance privée. Alors, évidemment avoir accès à des médicaments qui coûtent 12 000 \$ par année, à moins d'être très riche, c'est fini, on n'y a pas accès.

En ce sens, celui-là, cette maladie en particulier, cette maladie dégénérescence, comme d'autres, je pense au sida, je le mentionnais ce matin, et il y en a d'autres comme ça, je pense que, si on voulait chercher une seule raison pour l'avoir implanté, on l'aurait. Et je pense que ça valait le coup.

C'est très intéressant, ce que vous soulevez comme question. Je vous suis. Vous êtes d'accord avec le rapport Doucet. Une crainte sur la question du critère rapport coûts-efficacité et impacts économiques nets. Je pense que c'est cela qui vous préoccupe en particulier. J'essaie de retrouver, parce que j'ai lu votre mémoire au complet... Vous dites, donc, qu'il faudrait s'entourer de gens qui pourraient apporter un éclairage qui ne serait pas bureaucratique pour évaluer l'efficacité du médicament. C'est vous qui proposez, je crois, de faire appel justement aux professionnels de la santé pour qu'ils soient mis à contribution dans cette évaluation-là. J'aimerais ça que vous m'en parliez un petit peu. Peut-être, docteur, si vous voulez l'aborder.

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire qu'on offre la collaboration. On a un réseau de cliniques de sclérose en plaques au Québec qui est efficace puis, j'en parlais avec le Dr Girard avant de venir ici, on ne pense pas qu'il soit suffisant pour faire d'authentiques études cliniques. Mais on connaît la préoccupation du Conseil, par exemple, pour aller vérifier l'efficacité d'un médicament dans la vraie vie, après le stade des études cliniques, et ce qu'on dit, c'est qu'on est tout à fait disposé à collaborer avec le Conseil dans ce genre de démarche-là, oui.

Mme Marois: Voilà. Bien, je l'ai retrouvé. C'est à la page 10 de votre mémoire. Bien, c'est ça. Vous dites: «...par le biais de son réseau de neurologues spécialisés en

sclérose en plaques, est par ailleurs tout à fait disposée à coopérer [...] afin de procéder à des évaluations continues.» Donc, en ce sens on pourrait miser sur des réseaux de médecins spécialistes, selon évidemment le type de maladie auquel on s'adresse, le type de molécules ou l'intervention médicamenteuse. Et, dans votre cas, vous nous dites: Nous, on est prêts à vous offrir l'expertise qu'on a. C'est bien cela?

M. Larouche (Daniel): Oui, tout à fait.

● (14 h 20) ●

M. Girard (Marc): Dans les cliniques spécialisées à Montréal, Québec, Sherbrooke, l'expertise est déjà là. C'est une expertise qui est reconnue sur le plan national, au plan canadien aussi, au plan international. Nos cliniques ont participé au protocole de recherche sur le Betaseron, qui a été le premier médicament découvert. Les deux cliniques de Montréal ont participé à ces études-là. On était deux cliniques; sur les huit internationales qui ont participé, il y en avait deux de Montréal. Donc, je pense qu'on a l'expertise pour le faire en sclérose en plaques, ça, c'est tout à fait vrai.

Mme Marois: Bon, dans vos remarques sur l'inclusion, là, des médicaments dispendieux à la liste, vous nous indiquez bien vos craintes. Vous revenez aussi à Doucet, en disant, et vous faites un petit détour par le fait que ce soit un processus d'inscription du médicament qui est devenu politique, vous nous dites dans cette foulée-là: Une façon pour rendre transparente la démarche, c'est vraiment d'informer au fur et à mesure. Est-ce que c'est ça que je comprends? Parce que vous dites à un moment donné dans votre mémoire qu'on doit rendre publiques les évaluations du CCP, par exemple, le CCP que vous voulez relier au RUM, là, vous êtes d'accord avec cette hypothèse-là qu'on fait. Et vous dites: On devrait rendre ça transparent, donc donner l'information pour que tout le monde ait la même.

Il y a beaucoup d'intervenants qui sont venus ici avec des mémoires en nous disant qu'il y avait de forts lobbys qui s'exerçaient, appuyés avec des ressources considérables de la part des compagnies pharmaceutiques, autant celles qui sont dans le générique que les autres. Et, donc, qu'on organisait un peu la pression — je vais le dire comme ça, c'est un des groupes qui est venu — pour mettre en lumière les résultats positifs d'un médicament sans parfois toujours être capable d'en prouver, là, scientifiquement l'assise. Est-ce que vous pensez qu'on devrait intervenir dans ce processus-là au niveau de l'encadrement des politiques de marketing? Tu le sais que ce n'est pas une question facile, mais il faut quand même savoir qu'il y a des sommes considérables qui sont investies, autant sinon plus dans le marketing des produits que dans la recherche et le développement.

M. Larouche (Daniel): Là, vous venez de lever un lapin compliqué. Le problème, c'est que dans une autre de mes vies je suis aussi conseiller en communications puis que j'ai eu...

Mme Marois: Là, je vous mets dans une situation de dilemme.

M. Larouche (Daniel): ...des compagnies pharmaceutiques comme clients aussi. Non, ça ne me met pas dans un dilemme parce que...

Mme Marois: Aimez-vous mieux que ce soit vos...

M. Larouche (Daniel): Ça ne me met pas dans un dilemme parce que je n'ai aucune loyauté envers les compagnies puis je n'ai aucun état d'âme non plus; alors, rassurez-vous là-dessus.

D'une part, premièrement, parce que je pense que ça touche un des aspects que vous n'avez pas exprimé explicitement, je voudrais, quant à la Société canadienne de sclérose en plaques, tout de suite faire peut-être une mise au point sur le lien qu'il y a entre nous et les sociétés pharmaceutiques. Nous avons une politique explicite, écrite, adoptée par le conseil d'administration à cet égard, qui nous interdit de subordonner toute action que l'on fait aux intérêts d'une société pharmaceutique ou d'une autre. Et, quand on fait notre lobby, on fait notre propre lobby, je pense qu'il y a des gens ici qui le savent...

Mme Marois: Vous-mêmes, indirectement.

M. Larouche (Daniel): ...et on le fait nous-mêmes, et on le fait financer par personne, et on l'organise nous-mêmes. Donc, on maintient toujours une distance entre nos intérêts comme patients et les intérêts des compagnies pharmaceutiques. Il arrive que nos objectifs soient les mêmes, ça va de soi, faire lister un médicament par exemple, mais les démarches sont toujours à distance. Donc, je veux faire cette mise au point là. Et à mon avis, ça devrait toujours être comme ça pour tous les groupes de patients.

Bon. Est-ce que le gouvernement doit établir des lignes de conduite? Je ne le sais pas. Je ne sais pas si le gouvernement doit se mêler de ça. En tout cas, nous, on calcule que c'est dans notre intérêt d'en avoir. C'est la réflexion qu'on a faite, et puis je pense qu'aucune de nos démarches ne serait crédible s'il y avait l'ombre d'une société pharmaceutique derrière nous. Je pense qu'avec le temps les groupes de patients vont tous le comprendre, ceux qui ne l'ont pas encore compris.

Est-ce qu'on devrait réguler les actions des compagnies pharmaceutiques elles-mêmes? Je pense que c'est illusoire. On pourra abrié n'importe comment, essayer de réguler le discours des compagnies pharmaceutiques, parce que c'est de ça qu'il s'agit. On leur interdit déjà de faire de la publicité qui s'adresse aux patients. On sait que parfois ils vont essayer de remplacer ça par une conférence de presse bien placée sur une nouvelle indication, le dernier résultat d'études cliniques, etc. Je pense que c'est correct, je ne pense pas qu'on devrait étouffer la circulation de l'information.

Je pense également que les membres du Conseil, eux, sont des grands garçons et des grandes filles et

doivent pouvoir résister à ça. Si tout le processus et les critères de décision — et les critères de chacune des décisions, pas des critères théoriques généraux, mais des critères de chacune des décisions — les raisons de chacune des décisions et des recommandations sont publics, évidemment ça va protéger le Conseil de sa propre vulnérabilité parce que les pressions vont devenir rapidement apparentes. Et les autres compagnies bien sûr vont être là pour le surveiller.

Mme Marois: C'est ça. C'est dans ce sens-là que vous proposez vraiment que le processus, tout au long de l'évaluation, au moment où une société demande qu'un médicament soit évalué jusqu'à la décision, soit bien connu et soit publiquement connu.

M. Larouche (Daniel): Dès lors qu'on admet... L'espèce de confidentialité qui entoure le CCP, qui date de 25 et quelques années, je pense, s'expliquait à l'époque. Et à l'époque...

Mme Marois: 1972.

M. Larouche (Daniel): La loi date de 1971, et le CCP a commencé à travailler en 1972.

Mme Marois: Oui. C'est ça.

M. Larouche (Daniel): Et à l'époque le CCP, je pense, authentiquement travaillait avec un univers scientifique, donc il avait des critères scientifiques. On n'avait pas ce genre de problème là, où on disait: Est-ce que c'est trop cher ou est-ce qu'on a les moyens de se payer ça? Parce que finalement, c'est ça que la question devient. Mais on n'avait pas ce problème-là, à l'époque. C'était vraiment purement scientifique. Donc, la confidentialité pouvait se justifier puis ça ne posait pas de problème d'imputabilité dès lors qu'on avait des gens compétents au Conseil. À partir du moment où on admet que le problème est politique, il faut avoir les garanties, les «checks and balances», si vous voulez que je parle italien, qu'on a dans tout processus politique. Et ça, c'est garanti par la transparence. Je pense qu'il n'y a pas d'autre façon, il n'y a pas de meilleure façon que d'assurer ça.

Mme Marois: O.K. Alors, je me garde un peu de temps, s'il m'en reste, pour après.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président, et bienvenue, M. Larouche. Et je voudrais d'ailleurs vous féliciter pour le travail que vous faites pour la Société. J'ai pu déjà moi-même témoigner de votre participation active, notamment au niveau des levées de financement. Donc, je vous en félicite.

M. Larouche (Daniel): Ha, ha, ha! Je vous remercie.

M. Marcoux: Je voudrais aborder la question du financement. Vous avez parlé tantôt de l'accessibilité. D'abord, vous indiquez que, selon le rythme d'augmentation des coûts, c'est à peu près 12 % — ou même, je pense, dans un mémoire qui a été présenté ce matin, on disait 10 % au cours des 20 dernières années — et vous vous étonnez du fait qu'on semble maintenant inclure dans le rapport d'évaluation une augmentation de 15 %. Alors, j'aimerais peut-être vous entendre là-dessus.

Mais, deuxièmement, vous faites également une suggestion précise sur la hausse des primes, en disant: Ce que nous suggérons, nous, c'est 325 \$ d'augmentation et de faire supporter le coût au total par les adhérents, le coût du financement. Est-ce que ce n'est quand même pas une augmentation importante de 175 \$ à 325 \$ ou 350 \$? Je pense que, dans un régime privé d'entreprise, l'employeur qui arriverait avec une augmentation qui vise à doubler les primes sans augmenter le bénéficiaire, il aurait comme un problème parmi les employés. Alors, j'aimerais vous entendre sur ça.

M. Larouche (Daniel): O.K. Quelques commentaires peut-être sur la première partie. Bon. La tendance lourde depuis 25 ans, c'est grosso modo des augmentations de coûts de 10 %, 12 %, disons 10 % per capita, à peu près. Si on prend l'augmentation de consommation, d'une part, l'augmentation du coût moyen d'une ordonnance, d'autre part, ça donne ça. Il y a des périodes beaucoup plus spectaculaires, il y a des périodes beaucoup plus tranquilles, mais au bout du compte ça donne à peu près ça. Puis ça revient pas mal toujours à ça. Indépendamment des interventions que le gouvernement a pu faire, la tendance est là, et ça revient. Ça a l'air inéluctable. Alors, je m'interroge devant ça.

● (14 h 30) ●

Évidemment, il y a un groupe, par exemple, qui augmente particulièrement rapidement depuis deux ans, c'est le groupe des adhérents, les nouveaux assurés. Mais il y a de l'historique. C'est mon opinion et c'est une opinion... Je n'ai pas de savants calculs, mais c'est mon expérience qu'après les quelques premières années de nouvelle couverture, donc c'est des gens qui n'étaient pas couverts avant qui le sont maintenant, ça se résorbe et on arrive... l'augmentation des coûts rejoint assez rapidement la tendance. Parce que c'est évident que les gens qui n'étaient pas couverts avant puis qui le deviennent, ils consomment. C'est pour ça qu'on veut les couvrir. C'est qu'avant ils consommaient moins que leurs besoins, alors, ils font une espèce de rattrapage, puis après ça, bien, ça se stabilise.

Ça a été le cas quand on a, il y a 25 ans, commencé à couvrir les prestataires de la sécurité sociale. Ça a été le cas quand on a embarqué les personnes âgées de 65 ans et plus en trois cohortes dans le régime. À chaque fois, la consommation augmentait très, très, très rapidement au début, puis après ça se stabilise. Alors,

c'est un peu ça. Et mon opinion — je n'ai pas fait de projection — c'est que ça devrait être encore la même chose. Par ailleurs, le gouvernement fait des projections à 15 % par année sur une période de plusieurs années, sur une base qui me semble très, très courte: on a un historique de deux ans. Projeter un historique de deux ans sur cinq ans, ça me semble un peu hasardeux. Bon. Ça, c'est un peu les commentaires que...

Sur l'augmentation de primes, dans le secteur privé, la prime, elle ne serait pas à 175 \$. Le problème, c'est qu'on n'a pas abordé ça comme un problème d'augmentation. Il faudrait que les adhérents, comme groupe, paient une prime qui représente ce que leur consommation de médicaments coûte. C'est ça, le principe d'assurance. Or, depuis le début, ce n'est pas le cas. Depuis le début, les adhérents paient moins que ce que leur consommation coûte. C'est presque par design, c'est presque par définition que les adhérents ne paient pour leur consommation, dans la mesure où il y a des personnes âgées qui paient des primes et qui financent par leurs primes la consommation des adhérents.

Donc, ce qu'on propose, ce n'est pas d'augmenter la prime des adhérents, c'est de la mettre à un niveau qui va représenter le coût actuariel de leur consommation. Et on a mis 325 \$, en se fiant sur les chiffres du gouvernement. Grosso modo, c'est ça, c'est une grosse augmentation. C'est parce que, à notre avis, la prime que les adhérents paient à l'heure actuelle, elle est totalement irréaliste par rapport à leur niveau de consommation, elle est inférieure à ce qu'elle devrait être depuis le début.

M. Marcoux: Donc, ce que vous mentionnez, c'est que, dès le début, la prime qui a été établie, selon vous, n'était pas réaliste.

M. Larouche (Daniel): C'est ça. Et il n'était pas réaliste non plus de ne pas prévoir de mécanisme d'augmentation de cette prime-là, quand on sait que depuis 30 ans la consommation de médicaments augmente et le prix des médicaments augmente et que, grosso modo, c'est 10 % par année.

M. Marcoux: Deuxième question. En fait, vous mentionnez qu'il ne devrait pas y avoir de hausse de contribution des usagers, soit la franchise, la coassurance ou le plafond, que ces mesures doivent être perçues comme des régulateurs de consommation. J'ai une question là-dessus. Est-ce que c'est largement partagé qu'une coassurance, une franchise agisse comme régulateur de consommation? Est-ce que c'est ça, l'expérience des régimes, d'une part?

M. Larouche (Daniel): Oui, tout à fait.

M. Marcoux: Et deuxièmement, vous mentionnez que ça ne doit pas être perçu comme des sources de financement et vous dites que les primes de la coassurance sont déjà à un niveau suffisant et déjà supérieur à la plupart des régimes privés. Est-ce que vous pouvez nous

donner un peu plus d'explications? Ça me surprend, mais je ne connais pas tellement les régimes privés. Donc, j'aimerais peut-être avoir votre point de vue sur ça, un peu plus d'explications.

Le Président (M. Labbé): M. Larouche.

M. Larouche (Daniel): Bon. Il y a une différence fondamentale dans l'impact économique de la prime d'assurance, d'une part, et des contributions qu'on paie dans la pharmacie, d'autre part. La prime est payée indépendamment de la consommation. Alors, elle reflète le coût attendu de la consommation de l'ensemble des assurés d'un groupe sur l'année. Et, si, moi, j'ai payé ma prime en début d'année, que j'aïlle à la pharmacie, que je n'y aïlle pas, ça ne change pas ma prime. Et, si on augmente ma prime, ça ne changera rien à ce qui va se passer quand je vais être à la pharmacie. Donc, ça n'a aucun impact sur ma consommation. Si, en revanche, j'ai une franchise à payer, j'ai une coassurance à payer, ça, c'est de l'argent que je paie chaque fois que je vais consommer. Donc, si la coassurance est plus élevée, évidemment chaque fois que j'irai consommer, ça me coûtera plus d'argent. Et là, bien, on voit ça, règle générale, dans la première semaine d'un cours d'économie 101: plus on paie cher pour un produit, moins on va consommer de ce produit-là. Ça va de soi que quelqu'un comme moi qui gagne sa vie honnêtement, enfin, honorablement, honnêtement, je laisse à d'autres le soin d'en juger.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Larouche (Daniel): Quelqu'un qui gagne sa vie, comme moi qui ne suis pas dans la junte financière, qui paie 20 \$ pour une ordonnance ou 23 \$ pour une ordonnance, si j'en ai besoin, je vais aller la prendre pareil. Mais, si c'est quelqu'un qui a des contraintes financières, ça peut faire la différence entre se procurer le médicament puis ne pas se procurer le médicament. Donc, c'est régulateur dans ce sens-là. Je ne dis pas que c'est un régulateur intelligent. Je ne dis pas que la coassurance va faire en sorte de faire le tri entre la bonne consommation et la consommation injustifiée, c'est un régulateur aveugle qui va... Et, plus la coassurance va être élevée, plus on peut s'attendre à ce que la consommation soit basse, toutes choses étant égales d'ailleurs. Ce que je connais des régimes privés, la coassurance va plutôt être autour de 20 %. 25 % me semble la limite supérieure de ce qui s'observe. Mon régime à moi, celui qui m'assure, je n'ai aucune franchise, puis ma coassurance, c'est 20 %, et je pense que c'est quelque chose qu'on retrouve quand même assez fréquemment dans l'assurance privée. Alors, 25 % me semble à la limite supérieure de ce qui se fait dans l'industrie.

M. Marcoux: Merci.

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

M. Williams: Oui, merci, M. le Président, et merci beaucoup, M. Larouche, pour votre deuxième excellente présentation aujourd'hui. Je pense qu'on apprend beaucoup de choses avec vos interventions.

Ce n'est pas surprenant que l'attitude du gouvernement avant les élections et après les élections soit un peu différente avec les primes et le niveau de participation de la population. Effectivement, il y a beaucoup de personnes qui ont dit, pendant les audiences publiques sur la loi n° 33, que la prime était trop basse selon eux. Pour des raisons électorales, le gouvernement n'a pas décidé d'écouter ces personnes, mais quelle grande surprise après les élections, il doit aller plus profondément dans les poches des malades. Et, dans mon opinion, soit une augmentation de primes, soit une augmentation de copaiement, ça fait mal à la population, et j'ai beaucoup de problèmes avec les pistes du gouvernement proposées par la ministre.

Mais vous avez parlé et vous avez répondu à quelques questions sur toutes les questions des inscriptions sur la liste des médicaments. Il me semble que c'est assez important, et j'ai bel et bien compris que vous vouliez avoir plus de transparence, parce que maintenant c'est vraiment un trou noir. On ne sait pas ce qui se passe. Vous avez dit que c'est rendu politique maintenant. Moi, je pense que c'est beaucoup de groupes qui disent: On ne comprend pas les règles, on ne sait pas pour quelles raisons un médicament est inscrit et pour quelles raisons il ne s'inscrit pas? Je voudrais savoir... Est-ce que vous voulez recommander d'aller jusqu'aux audiences publiques, pas juste un bilan à la fin? Mais les motifs, les raisons pourquoi il y a refus ou acceptation... Mais est-ce que vous voulez avoir les audiences publiques où les groupes, les compagnies, les patients, ceux et celles qui sont impliqués dans cette décision peuvent témoigner? Pensez-vous que ça va être utile?

Le Président (M. Labbé): M. Larouche.

M. Larouche (Daniel): On aurait peut-être des décisions plus éclairées, en tout cas sûrement plus politiques. Mais, à mon avis, ça serait alourdir le processus au point qu'il s'écoulerait beaucoup de temps entre la mise en marché d'un médicament et son inscription à la liste parce que, bon, bien, des audiences publiques, il faut que les gens se préparent, ça consomme du temps, ça consomme beaucoup de ressources. Je changerai peut-être d'idée dans deux ou trois ou quatre ans, mais, pour l'instant, il me semble que la présence de six personnes non scientifiques, choisies, des espèces de sénateurs du médicament choisis pour leur sagesse et leur crédibilité...

M. Williams: Ou d'autres noms.

M. Larouche (Daniel): Pardon?

M. Williams: Rien.

M. Larouche (Daniel): ...permettraient d'incorporer les valeurs sociétales. En tout cas, moi, comme

citoyen puis comme président d'une société de patients, je serais disposé à donner un essai honnête à une formule comme ça avant d'aller vers quelque chose de plus lourd, parce que, même ça, il y a déjà un danger avec l'élargissement du rôle et de la composition du Conseil, il y a déjà un danger que ça ajoute du temps au délai d'inscription. Le Québec a une performance relativement bonne, je dirais même, comparativement aux autres juridictions canadiennes, excellente en matière de délai d'inscription, et il y a une qualité à ça, il y a une valeur à ça pour les gens qui ont besoin de médicaments pour se faire soigner.

• (14 h 40) •

Le Président (M. Labbé): Quarante-cinq secondes pour la question, une minute pour la réponse. C'est ce qu'il reste.

M. Williams: Bon. Excusez-moi, M. le Président...

Le Président (M. Labbé): Allez-y, monsieur. Ha, ha!

M. Williams: ...je suis étonné parce que j'ai pensé que nous avions beaucoup plus de temps. Je m'excuse. Excusez-moi.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. le député, allez-y.

M. Williams: Quelques commentaires sur la liste des médicaments d'exception, vous avez mentionné ça un peu. Je sais qu'il y a un impact direct pour votre association, mais avez-vous quelques commentaires sur la tendance maintenant que le gouvernement a d'utiliser de plus en plus la liste des médicaments d'exception?

M. Larouche (Daniel): Veux-tu répondre à ça?

M. Girard (Marc): Oui. Pour la sclérose en plaques, on comprend que c'est des médicaments qui coûtent très cher, on comprend que le gouvernement ne peut pas donner un chèque en blanc. Moi, comme neurologue, je dois suivre à peu près 150 patients, donc je dois renouveler régulièrement ces listes d'exception là. Je pense que je peux parler aussi pour mes confrères qui suivent des patients de sclérose en plaques. C'est compliqué, c'est difficile, ça demande beaucoup de choses, mais je pense que c'est un minimum acceptable. S'il faut faire ça pour que les patients puissent avoir un médicament qui coûte 18 000 \$ par année, c'est acceptable.

M. Larouche (Daniel): Si je peux rajouter, pour une seconde?

Le Président (M. Labbé): Oui. Alors, M. Larouche, en complément.

M. Larouche (Daniel): Là où c'est un problème, c'est pour des médicaments qui sont moins coûteux que les médicaments de la sclérose mais qui sont pris par

beaucoup plus de monde. Ça va bien quand on a quelques centaines de patients pour un médicament, mais quand un médicament d'exception concerne quelque chose qui coûte, je ne sais pas, 800 \$, 1 000 \$, 1 200 \$ par année, mais qu'on parle d'un potentiel de 75 000 patients, là, ça peut charger une machine administrative, ça fait beaucoup de papier.

Le Président (M. Labbé): Oui. M. Girard.

M. Girard (Marc): Oui. Une dernière chose. Il y a peut-être un petit problème, c'est pour les régions périphériques, où il n'y a pas beaucoup de neurologues. Les neurologues à Montréal sont disponibles, on peut remplir facilement ces formulaires-là, mais, en région, où il n'y a pas beaucoup de neurologues, où les critères sont très précis, où il faut que ça soit des neurologues qui répondent, je pense qu'il y a des gens en région qui sont pénalisés, par contre, par ces listes d'exception là.

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

Mme Marois: Merci, M. le Président. Alors, je vais reprendre quelques éléments d'information générale sur notre régime et son fonctionnement.

D'abord, pour rassurer le député de Nelligan, il n'y avait pas de déficit avant l'année en cours au régime. Alors, c'est un fait que la prime différente, le coût de la prime différente par rapport aux régimes privés a amené un transfert évidemment, comme on dit dans le jargon de l'assurance, des plus mauvais risques aussi, et ça, ça a commencé à créer une pression sur le régime. Et je souhaite que vous ayez raison sur la question de la hausse de la consommation, qui devrait se stabiliser dans un sens, si je comprends bien l'hypothèse que vous faites à ce sujet-là, en regardant le passé, là, sur les différents événements qui ont concerné le régime. Je souhaite que ce soit le cas effectivement, mais en même temps je pense que c'est plus sage d'introduire dans la loi, puis je pense que vous êtes d'accord avec ça, un mécanisme de correction automatique, de telle sorte qu'on n'ait pas justement à avoir des hausses brusques dans le temps. Je pense que c'est plus respectueux de la capacité de payer qu'ont les gens et qu'ils voient venir à ce moment-là. Alors, bon.

Je comprends bien que vous souhaiteriez que ça demeure pour l'essentiel un régime d'assurance, et c'est ça que vous privilégiez. On regardait le scénario 4 dans ce sens-là. Effectivement, la prime maximale passe à ce moment-là à 325 \$, là, par rapport au scénario 1, où c'est 300 \$. Mais le gouvernement du Québec, lui, doit quand même, à ce moment-là, ajouter des sommes additionnelles pour se permettre de couvrir la portion évidemment assistance à hauteur de 105 000 000 \$. Mais je comprends bien, et j'aimerais ça que ce soit encore plus explicite, que c'est vraiment, vous, ce que vous privilégiez.

M. Larouche (Daniel): Que ce soit une formule d'assurance?

Mme Marois: Oui.

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire qu'on est dans une situation incongrue à l'heure actuelle, où des gens, qui font partie des adhérents, n'ont absolument besoin d'aucune assistance financière et en reçoivent parce qu'ils paient 175 \$. C'est comme si on leur offrait une voiture de 10 000 \$ pour 7 500 \$ parce que c'est à la Société de l'assurance automobile.

Mme Marois: C'est ça. Dans le fond, vous dites: On les subventionne indirectement.

M. Larouche (Daniel): Ils sont subventionnés parce que la prime est insuffisante d'un point de vue actuariel. Il y a d'autres gens qui font soit partie du groupe d'adhérents, soit d'autres groupes qui ont un besoin authentique d'assistance. Mais je ne trouve pas justifié que, parce qu'il y a une prime qui a été fixée comme ça, à un moment donné, à 175 \$, des gens qui n'ont pas besoin d'assistance en reçoivent. Et ces gens-là devraient bénéficier d'une assurance, pas d'une assistance.

Mme Marois: D'accord. Une dernière chose que je voulais partager avec vous, et c'est les gens du Conseil consultatif qui me le mentionnent, on me dit que, lorsqu'on refuse l'inscription d'un médicament, on informe et les médecins et les pharmaciens des raisons qui expliquent pourquoi on a refusé le médicament. Alors, il s'agirait dans le fond de continuer dans le bon sens, si je comprends bien, et d'aller un petit peu plus loin quant à l'information...

M. Larouche (Daniel): D'informer les patients, par exemple.

Mme Marois: ...c'est ça, qui pourrait être rendue disponible. Non, mais je pense que c'est très intéressant. Ça va un peu dans le sens de ce que suggère aussi le rapport Doucet, évidemment qui dit cela.

Alors, je vous remercie infiniment de votre excellente et intéressante contribution à nos travaux. Merci.

M. Larouche (Daniel): C'est nous qui vous remercions.

M. Girard (Marc): Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. M. Larouche, M. Girard et Mme Plante, merci de votre présentation. J'inviterais sans plus tarder la Coalition communautaire sur la santé de Notre-Dame-de-Grâce à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Nous sommes prêts à débiter sans plus tarder avec la Coalition communautaire

sur la santé de Notre-Dame-de-Grâce. Je présume que c'est M. Nolin qui va débiter la présentation. Alors, vous avez 15 minutes pour faire votre présentation, en ayant le plaisir de nous présenter celui qui vous accompagne. Et par la suite nous aurons, de chaque côté, 15 minutes pour réagir à votre mémoire. Alors, la parole est à vous, M. Nolin.

Coalition communautaire sur la santé de Notre-Dame-de-Grâce (CCHC)

M. Nolin (Philippe): O.K. Oui, je vais me présenter. Je suis Philippe Nolin, président de la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G., puis ça, c'est M. David Woodsworth, qui va commencer la lecture du mémoire.

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

M. Woodsworth (David): Mr. President, I'm going to read the major sections of the brief which my colleague has presented. We do think that the Committee has done an excellent job in some respects, but you will note, on page 32, that the introduction of the drug insurance plan has led to a substantial drop in the use of prescription drugs by seniors and by employment assistance recipients, and that this drop has led to an increase in the use of most other health services. We can only assume that the drop in the use of medication is related to the cost and the inability to pay by those groups, and this supports our own experience and findings of the Tamblin report that many seniors and assistance recipients have complained that they could not afford to pay even the reduced cost of drugs. If their reduction in the use of drugs has led to a greater use of more expensive services, it is clearly an uneconomic policy.

We think the Committee made a good summary of some of the difficulties of the plan and we support those comments and in particular with regard to the capacity to pay. The Ministry made some concessions to need by making drugs free to people with substantial obstacles to employment, but this does nothing to assist other poor people. The Government, we think, should not use health care to support its labor market policy. Capacity to pay should be the main criterion for eligibility. People below the poverty line are unable to afford even the reduced rates and should receive medication free.

With regard to administration, the Coalition agrees with the committee's comments and in particular believes that there are many problems related to the requirements that people belong to a private or a collective medication insurance program rather than to the Government program, but the Government should allow all the option of belonging to the public plan if they choose to belong to that plan rather than being forced to contribute to a private plan.

The issue of confidentiality — and it's involved here with regard to the employer's participation — if a private plan is chosen, there should be provision for protecting the employee's medical information from the employer.

The costs in transition from private to a public plan should be assumed in the public provision as soon as the transaction takes effect. The same principle is true for changes in status for people who have reached the age of 65. Adjustments are routinely made in tax assessments and there seems no reason why this could not be done. The adjustments should not be made in regard to medication charges.

● (14 h 50) ●

There's also a factor in regard to the out of province charges. We think there's no reason why drug charges incurred outside the province should not be covered like other medical costs which can be recovered under the RAMQ.

In addition to the above points raised in the review, we point out that the policy of limiting prescriptions to one month's supply adds to the inconvenience experienced by the consumers and adds to their cost for the consumers since the pharmacist's charges are multiplied.

Despite the reduction noted above of drug use by seniors and assistance recipients, the cost of drug has risen very sharply, both in absolute terms and as a proportion of total costs, as it has been shown by the Committee in the Committee report. Given these cost increases while use by seniors and assistance recipients is dropping, it must be assumed that sharp increases in the prices of pharmaceutical products are mainly responsible for the overall cost increases. Mr. Nolin will be presenting an analysis of that situation.

Unfortunately, this cost allocation leaves the impression that the overall cost increases are due to the choices and decisions of individual consumers or to the errors in prescription by physicians. We don't think this is the entire explanation. It blames the consumers, who often have little understanding and virtually no choice in the matter, when in fact costs might be reduced by a change in the government's preferential treatment of the patented pharmaceutical industry.

The evaluation report is not helpful in clarifying this misunderstanding. Table 2, which reports the sources of the funding of the program, indicates that no premiums are paid to the Fonds d'assurance des médicaments by seniors or students or assistance recipients, which is clearly incorrect as many do in fact pay premiums. In general, the information given in table 2 fails to clarify the real costs and creates difficulty in understanding the total cost to consolidated revenue as against total contributions by participants. The impression is left that the data are presented in a way that will justify an increase in premiums, and we are strongly opposed to any such increase.

We agree that, in many cases, drugs are prescribed or used in error and we agree with the Committee's recommendation that steps should be taken to inform physicians better. However, we think the government should remove its special protection of the patented drug manufacturers and should require the use of generic drugs when these are legally available as alternatives to patented products.

As a minimal step, the government should provide information not only to physicians, but also to the public about generic alternatives, so that consumers can be better informed when they buy prescriptions. Users would be helped if physicians were required to use a generic description of the drug rather than the brand name.

Now, Mr. Chairman, that is the essence. We have also included a summary at the beginning of our document, a summary of the principles that I have just outlined.

M. Nolin (Philippe): En octobre 1999, des responsables de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques, qui représente les fabricants des produits génériques au pays, ont rencontré un sous-ministre de la santé du ministère de Mme Pauline Marois pour discuter des avantages économiques offerts par les produits génériques. Le gouvernement provincial étudie présentement la possibilité de réduire le déficit du régime général d'assurance médicaments par une utilisation accrue des produits génériques, soit des copies des produits de marque. Le déficit du régime ne se trouve pas parmi les problèmes les plus pressants auxquels font face les Québécois.

Une évaluation du régime général d'assurance médicaments, mandatée par le gouvernement il y a un an, a révélé que des milliers de personnes étaient hospitalisées ou mortes suite à une sous-médication due à l'imposition d'une participation financière des usagers au coûts des médicaments d'ordonnance. Il est contrariant de constater que, pendant que l'industrie des produits pharmaceutiques de marque génère des profits plus importants que ceux des banques, plusieurs Québécois ne parviennent pas à payer leurs médicaments. En tant que principe de santé publique, nous croyons que la participation financière aux coûts d'ordonnance par les prestataires québécois qui se trouvent sous le seuil de la pauvreté doit être liée à la durée d'exclusivité accordée aux produits de marque. Cela se traduit par l'abrogation de la règle de 15 ans. Il s'agirait aussi d'une étape importante vers la création d'un régime plus équitable et responsable d'assurance médicaments.

Le Québec se trouve à être la seule province canadienne sans une politique du prix le plus bas qui exige la substitution générique en tout temps dans son régime provincial d'assurance médicaments. Les produits génériques constituent souvent 35 % de la masse de dépenses gouvernementales pour les produits d'ordonnance. Il s'agit du niveau le plus bas de «généricisation» au Canada.

L'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques estime qu'une plus grande ouverture du marché québécois aux produits génériques permettrait une concurrence accrue en augmentant la proportion des ventes de tels produits à la moyenne canadienne de 41 %. Le potentiel des produits génériques à prodiguer des économies à notre système de santé se trouve lié aux pratiques et aux politiques gouvernementales. Les coûts des produits pharmaceutiques de marque sont 40 % plus élevés que les copies génériques qui représentent 41 % des ordonnances au Canada et seulement 15 % des dépenses en dollars.

En 1993, le gouvernement fédéral adopte la loi C-91, qui assure aux compagnies de marque une protection des brevets pour de nouveaux produits pour une période de 20 ans. Cela inclut le temps investi à développer le produit, permettant ainsi une période d'exclusivité du marché de l'ordre de 10 ans. Au Québec, les produits brevetés ont une période de facto d'exclusivité de 15 ans après leur inclusion au formulaire provincial. L'ACFPP estime que, en ramenant cette période à la moyenne canadienne pour l'abrogation de la règle de 15 ans, il en résulterait une économie annuelle de 25 000 000 \$.

Plusieurs provinces ont mis en place des mesures de contrôle des coûts; d'autres ont gelé les prix des formulaires pour un certain nombre d'années. Pourtant, pendant qu'un nouveau produit sur trois trouve son chemin au formulaire ontarien, celui du Québec admet plus de 75 % de nouveaux produits, la plupart du temps sans que ceux-ci ne représentent une valeur thérapeutique ajoutée. Les compagnies pharmaceutiques, dites de recherche au Canada, promettent d'investir 1 000 000 000 \$ au pays l'an prochain si les soi-disant échappatoires en faveur des fabricants génériques sont colmatées. Les avantages fiscaux accordés ainsi que la disponibilité des ressources humaines bien formées sont les véritables raisons en faveur des investissements au Canada. De plus, le taux de change favorable du dollar canadien, par rapport à celui des États-Unis, représente un facteur important pour les multinationales à venir s'installer au Québec.

Les prix des médicaments se trouvent à être le sujet d'actualité le plus important de nos jours et ils ont un impact sur les membres les plus vulnérables de notre société. La mise en place, en 1996, du régime général d'assurance médicaments a eu des conséquences sérieuses sur plusieurs Québécois. Le gouvernement a le choix de plusieurs moyens pour réduire les dépenses pour les médicaments sans nuire à la population. Les politiques publiques concernant les médicaments se compliquent par le caractère multinational de l'industrie pharmaceutique, qui est elle-même à l'origine d'une pression intense exercée sous les gouvernements fédéral et provinciaux. Au Québec, le statu quo est intenable. Par exemple, le Prozac dont le brevet est expiré depuis 1996 et qui est remplacé partout au Canada par son équivalent générique, le Fluoxetine, est encore protégé au Québec. Ce produit à lui seul coûtera à la province du Québec la somme excédentaire de 10 500 000 \$.

● (15 heures) ●

La ministre de la Santé doit avoir le courage de ses convictions politiques en résistant aux menaces des multinationales pharmaceutiques qui prétendent vouloir réduire leurs investissements au Québec si la règle de 15 ans est révoquée. Il faut arrêter de subventionner outre mesure l'industrie la plus lucrative au monde en abrogeant immédiatement la règle de 15 ans. La RAMQ doit aussi éliminer du formulaire tous les nouveaux produits pharmaceutiques qui ne représentent aucun avantage thérapeutique. Finalement, la production et dissémination des médicaments d'ordonnance doivent être directement liées à leur consommation. De plus, l'exclusivité du marché

pour les produits ayant une protection de brevet doit être conditionnelle à l'élimination des copaiements pour les Québécois les plus démunis.

J'aimerais ajouter ici un court commentaire concernant la règle de 15 ans. Comme les pharmaciens et les médecins, avec la règle, n'ont aucun incitatif à prescrire ou favoriser les médicaments génériques, ceci résulte dans une exclusivité de facto de marché pour les médicaments brevetés. C'est évident que les compagnies pharmaceutiques brevetées ne dépensent pas des milliards de dollars pour le marketing pour que les médecins puissent prescrire les copies génériques. Au lieu d'acheter des médicaments génériques au prix plus bas après que la protection fédérale est écoulée, le Québec, avec la règle de 15 ans, dépense 60 000 000 \$ de plus que les autres provinces sur les médicaments brevetés. En un mot, nous appelons ça une subvention à l'industrie la plus rentable du monde. J'ai juste voulu clarifier ça comme point de départ.

Le Président (M. Labbé): Merci beaucoup, messieurs, de votre présentation. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. En fait, vous soulevez évidemment une question que je veux qu'on aborde et vous la soulevez d'une façon insistante, si on veut, dans votre mémoire, et vous le reprenez dans votre intervention, c'est tout le débat autour de la question du prix le plus bas, et effectivement c'est une hypothèse que nous voulons évaluer et qui est dans le projet de révision du régime. Donc, est-ce que c'est une règle que nous devons conserver ou non? Vous, vous dites: On doit aller vers le prix le plus bas. Alors, c'est effectivement une des hypothèses qui est envisagée dans le projet. Je sais que l'opposition n'est pas d'accord avec cela, mais je crois qu'il faut aller au bout du processus d'évaluation à cet égard. Et, ce matin, on a eu un excellent mémoire de l'Association des pharmaciens propriétaires qui disait justement qu'il y a différents objectifs ou différentes assises au régime d'assurance médicaments, et il y en a qui concernent l'industrie pharmaceutique et qui devraient peut-être être assumés autrement par d'autres politiques gouvernementales plutôt que par le Fonds d'assurance médicaments, et c'est entre autres le soutien aux industries pharmaceutiques innovatrices, et que ça puisse, si on continue de conserver cette approche, au moins être compensé par Industrie et Commerce, par exemple, pour ce qui est du Fonds d'assurance.

Juste une ou deux informations, peut-être, que je partage avec vous et, après, quelques questions. Vous faites référence dans votre document au rapport Tamblyn et vous mentionnez qu'il y a eu des effets négatifs sur la santé. Et, je pense que c'est vrai, on l'a reconnu et on a essayé de corriger, pour l'essentiel, ce qui était le plus important. Mais en même temps il faut dire qu'il y a eu des aspects positifs à une forme de restriction d'accessibilité. C'est terrible de dire ça, mais c'est ça. Ça a amené des gens... Parce qu'on sait qu'un des problèmes qu'on a, c'est la mauvaise utilisation du médicament soit

parce qu'on en consomme trop, soit parce qu'on fait — vous allez me passer l'expression — des mixtes, ce qui fait que ça nous rend plus malades que ça nous guérit. Et justement Tamblyn disait qu'il y avait eu une réduction des visites médicales parce que, chez entre autres les personnes âgées, on avait moins consommé certains types de médicaments qui auraient causé des problèmes. Alors, dans un sens, ça a amené les gens à réfléchir à ce qu'ils consommaient puis à faire des choix plus judicieux ou, à tout le moins, poser la question peut-être plus complètement à leur prescripteur, à leur médecin ou à leur pharmacien.

Et, quand on a changé la loi pour exempter complètement les bénéficiaires de la sécurité du revenu qui ont des contraintes sévères à l'emploi, en fait ce qu'on sait, c'est qu'on a à ce moment-là soutenu les gens qui, tout en ne représentant que 25 % des prestataires, représentaient 65 % des coûts de médicaments de l'ensemble des prestataires. C'était ceux qui en avaient le plus besoin évidemment pour toutes sortes de raisons, parce que justement ils sont en contrainte à l'emploi, ils ont des problèmes de santé. Et on s'est rendu compte que 90 %, c'est-à-dire presque 100 %, des soutiens financiers prenaient des médicaments, et leur consommation moyenne était de trois médicaments par jour, soit le triple de la consommation des personnes à la sécurité du revenu, mais qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi. Alors, on a essayé au moins de corriger l'essentiel des effets négatifs qu'avait soulignés Tamblyn.

Vous dites deux ou trois choses ici, puis j'aimerais vous entendre un peu là-dessus. Peut-être une première tout simplement pour qu'on sache que je suis sensible à cette situation-là, on dit: Personne ne devrait être tenu de cotiser à la fois au régime public et privé dans la même année. Le régime public devrait assumer les coûts de la transition ou nous assurer qu'au moins on ne paie pas deux fois. Mais je suis d'accord avec vous.

Do you understand what I'm saying now? You made a recommendation in article 5 of your summary of comments, and you say: No one should be required to pay for both private and public insurance in one year. The public plan should assume the cost of transition. Maybe that will not be this solution that we will apply. But I think it's important to preserve the contribution of the people to the insurance. And they do not have to pay two times in the same year. I think that is not acceptable and I agree with you. I don't know if that will be the solution that you propose here, but we will look for a solution on this question.

Maintenant, une question plus précise. Vous dites: Plusieurs provinces ont mis en place des mesures de contrôle des coûts. D'autres ont gelé les prix des formulaires pour un certain nombre d'années. Et vous dites qu'on devrait éviter d'inscrire trop de produits sur la liste sans que ceux-ci ne représentent une valeur thérapeutique ajoutée. Est-ce que vous croyez que notre Conseil consultatif retiendrait des produits qui n'auraient pas de valeur thérapeutique? Parce que c'est ça, leur mandat, de retenir des produits qui ont une valeur thérapeutique.

M. Nolin (Philippe): Well, si on se compare avec l'Ontario, et comme j'ai lu tout à l'heure, pendant qu'un nouveau produit sur trois trouve son chemin au formulaire ontarien, celui du Québec admet plus de 75 % des nouveaux produits. Je pense qu'il faut expliquer comment on peut arriver à ces chiffres qui sont très différents, et une question qui me vient est: Est-ce que les Ontariens souffrent parce qu'ils n'ont pas accès à tout le groupe des médicaments qui sont inclus sur le formulaire au Québec? Et, lorsqu'on parle du formulaire, on parle de la règle de 15 ans, et juste moi, je ne sais pas si, parce que c'est un accès moindre en Ontario, on est plus malade. Je ne peux pas répondre à ça, mais je pense que c'est important que... Comme vous le savez bien, il y a des catégories de médicaments. Il faut inclure les catégories deux, mais les autres médicaments sont plus questionnables, et des changements dans le dosage... Mais, lorsqu'on inclut ces médicaments, ça peut paraître comme une façon de subventionner l'industrie brevetée pharmaceutique au Québec par un formulaire qui est peut-être trop généreux.

Mme Marois: Le Conseil consultatif de pharmacologie me dit cependant que l'Ontario n'aurait pas révisé sa liste depuis un an et demi?

Une voix: ...

• (15 h 10) •

Mme Marois: C'est ça, un an et demi. Et je crois qu'ils n'ont pas le même rythme, non plus, d'inscription des médicaments à la liste, hein? Bon. Je ne sais pas s'il y a un avantage. Reprenons l'exemple. Vous étiez là tout à l'heure, quand la Société de la sclérose en plaques est venue expliquer qu'on avait donné rapidement accès... Dès que les preuves scientifiques avaient été faites, on avait donné rapidement accès à la liste à certains médicaments très coûteux, et donc il y a des avantages énormes à procéder aussi rapidement puis peut-être à avoir une liste plus élaborée. Là où vous soulevez la question très pertinente, c'est: Est-ce qu'on doit par ailleurs ne pas retenir la notion du prix le plus bas pour éviter que tous ces médicaments, qui resteraient inscrits, dans le fond, même dans le prix le plus bas... mais, à ce moment-là, la différence entre le prix le plus bas et le prix de l'autre médicament inscrit sur la liste devrait être supportée par le consommateur.

M. Nolin (Philippe): Il y a une équation de base, et c'est: Si au Québec on a une plus grande accessibilité aux médicaments nouveaux, on réduit l'accessibilité des médicaments essentiels pour les gens en dessous du seuil de la pauvreté avec des primes, avec des frais d'usager. L'industrie brevetée veut appeler une liberté de choix pour tous ces médicaments qui sont cinq ans, sept ans, huit ans en avance sur ceux en Ontario, mais, en même temps, en haussant les primes, il y a des gens qui souffrent. C'est une question d'accès des deux côtés.

Mme Marois: Oui, je comprends très bien votre point de vue. Merci. Ça va pour l'instant, M. le Président.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Welcome to the commission, and I would like to commend you for your presentation and your brief also. So, thank you very much.

First, I would like maybe to clarify the issue of a funding of the régime, because as you allude to in 5.2, there seems to be a misunderstanding as to the funding of the plan. On the one side, the plan covers seniors and assistance recipients; on the other side, it covers 1 500 000 people who were not covered before.

M. Nolin (Philippe): O.K.

M. Marcoux: On the first side, for seniors and assistance recipients, I think that we have to recall and to remind that the Government saved \$800 000 000 by levying contributions and premiums for these people. And that is why it led, in what you mentioned, to a substantial drop in the use of prescriptions by seniors and assistance recipients. The Tamblin report has been disastrous about that and it showed that it had disastrous effects on these people.

From what you do in the community and what you observe, are there still seniors or assistance recipients who have difficulty to afford new drugs and they have to choose between housing, food and drugs because their revenues are too low, you know, compared to what they pay? Are there still people who have difficulty to afford drugs and they have to choose between housing, food and drugs from what you see in your community and the contacts you have with these people?

M. Nolin (Philippe): Yes. Mr. Woodsworth has difficulty hearing, but he...

M. Marcoux: O.K. I should speak louder then.

M. Woodsworth (David): Well, that are the problems of age.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Nolin (Philippe): C'est M. Marcoux?

M. Marcoux: Yes.

M. Nolin (Philippe): What he's asking is if you've seen seniors that have difficulty paying for their prescriptions and have to choose between medication and going to a food bank, you know.

M. Woodsworth (David): Well, I don't think the food bank is involved. It's a question of the degree of difficulty that older people have. The statistics are quite clear on the number of people who are below the poverty line, and it's simply a matter, in our discussion with them,

with individuals about the difficulty that they have in paying for their prescriptions, it's a matter of personal experience rather than any research or statistical statement. But there is no question, I think, that older people do have trouble paying for the prescription drugs...

M. Nolin (Philippe): Yes. That was your question?

M. Copeman: Yes.

M. Nolin (Philippe): O.K.

M. Marcoux: Now, one of the questions, and it relates to point 4.2 you have in your brief, belonging to the public or private plan, and you mentioned that the government should allow to all the option of belonging to the public plan. Would you mean that you would favor a public universal plan instead of a mixed plan, as it is now the case?

M. Woodsworth (David): Well, we are recommending that everyone be required to participate in a universal public plan, but rather that people be given the option of participating in the public plan rather than in a private plan, if it is their choice to do so. The public plan should be available to everyone.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci. On continue, si vous permettez, avec le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Évidemment, le Conseil communautaire de Notre-Dame-de-Grâce, dont vous êtes un des comités, est un conseil essentiellement formé de bénévoles, qui existe depuis maintenant au-delà de 50 ans, et n'importe quel député de Notre-Dame-de-Grâce est obligé... et c'est plus qu'une obligation, mais le fait très sincèrement en vous remerciant pour le travail que vous faites.

I know how important the NDG Community Council and its various action committees are to community life in that part of the city of Montréal that is commonly known as our neighborhood. And I know that the work is done almost exclusively by volunteers and it relates a little bit, Mr. Chairman, to Mrs. Sacks's testimony this morning where she has been a volunteer for 17 years. And I know that Mr. Woodsworth has been a volunteer for more years than he probably would care to remember as well.

I wanted to, briefly, if you'll permit, talk about one of the issues that is raised about the process of this commission. I notice — I couldn't help but notice, of course, in your brief — that it is essentially dealing with the evaluation document that was tabled by the Minister on the 16th of December in the National Assembly. And, somewhat to my surprise, there is not a great deal of discussion of the document that is known as *Les pistes de révision* which sets out the number of scenarios proposed by the government.

I wonder perhaps, Mr. Woodsworth, if you would comment as to why your brief is mute on the area of the various scenarios that are proposed in the document that was tabled on the 2nd of February.

M. Woodsworth (David): The only document that we had available to us was the *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*. That's the only one we had available to us. And I wasn't aware until you told me a few minutes ago, I think, that there was another document; it was not offered to us. So, I'm sorry. We did submit our brief a couple of weeks ago, and it may be that we should have had that, but, when we requested the document, this is the only one we received. So, I'm sorry, I would like to respond to proposals specifically if I knew what they were.

M. Copeman: Je constate essentiellement que la Coalition communautaire de Notre-Dame-de-Grâce était, en partie, pénalisée par la rapidité avec laquelle elle a répondu à l'invitation de la commission. Ils ont envoyé leur mémoire, je pense, autour du délai du dépôt du document du 2 février. Alors, essentiellement, parce que vous avez bien fait votre travail et avec une certaine alacrité, nous sommes privés un peu de vos commentaires sur le document de pistes de révision.

But I would like to ask essentially the various scenarios that are proposed by the Government. All of them involve, generally speaking, an increase either in the premium or a combination of the increase in the premium and the deductible and the co-payment. The first scenario is purely an increase in the premium which would not affect seniors who have the full Old Age Supplement or people on employment assistance. But the second scenario includes an increase in the deductible and the co-payment. A further scenario talks about the way in which the Fonds d'assurance médicaments is actually financed. Your position with regard to the increase in premium and/or deductible and co-payment would be what, Mr. Woodsworth?

• (15 h 20) •

M. Woodsworth (David): Well, I've already indicated that we don't think an increase in premiums is reasonable. I think that, in practical terms, it doesn't make a great deal of difference to many seniors who are slightly above those who are not on full Guaranteed Income Supplement. There's a very large number, of course, who are not on that full supplement and, therefore, are subject to the payment of premiums and also the co-insurance and deductibles. Whichever source... I think there are these three main sources of costs, so far as seniors are concerned, and any factor that contributes, that increases their cost will make it more difficult for them to pay.

So I can't avoid saying that this is a serious consideration for old people. And, as I pointed out in our brief, it appears to be the case, from the Committees' own findings, that people's inability to use proper medication results in the use of more expensive services. It's simply bad economics to force them into hospital or other forms

of institutional care because they could not afford to pay for their medication. I think it would make a much kinder policy as well as better economics not to increase the costs that affect these people. I don't object to a sliding scale, according to people's income, but I think it's evident that many people on very limited income, who do not qualify for the full exemption, are having to pay.

M. Copeman: Mr. Woodsworth, Mr. Nolin, the financing for seniors and for employment assistance recipients is done through the Consolidated Fund of the Government of Québec. People that aren't considered to be members of the plan, that pay a premium, are supposedly financed through something called the Fonds d'assurance médicaments. And, in fact, one of the discussions that we've had around this table is that seniors who pay the premium, that premium goes into the Fonds d'assurance médicaments, which is supposed to be the self-financing part of the Program, but the costs are taken out of the consolidated revenues of the Government.

There's a little bit of an accounting «passe-passe» that goes on, there, and it's as though the Government decided they were going to take the revenues generated by premiums paid by seniors and put them into the Fonds d'assurance médicaments, which is supposed to be self-financing, but they don't attribute the costs for seniors and for employment assistance recipients out of that Fund, it comes out of the Consolidated Fund.

Do you have any observations as to why the Government of Québec should be as preoccupied as it seems to be about holding down the costs out of the Consolidated Fund of the Government of Québec? Are we really driven here by financial concerns, or rather do you see the prescription drugs as an essential extension of our hospital insurance or medical insurance programs, which are already funded largely by the Consolidated Fund?

M. Woodsworth (David): Well, it seems to me clear — and this has been understood, I thought, from the beginning — that medication was an essential part of health care. The «virage ambulatoire» which reduced the stay in hospital, and so on, has made the assumption that was possible, that economies in institutional care could be affected by means of improved medication, and so on, that people could look after themselves. But it is all part of the issue of health maintenance.

I think one of our problems is that the cost has, in large part, or the attempt of government policies seems to be to transfer a good deal of the cost that was formerly carried through institutional budgets on to individuals through their contribution to the medication insurance plan. And I don't think that is a reasonable expectation. It seems to me reasonable to consider that health care is one complete package, whether it's in hospital or institutions. And, formally, when I was myself hospitalized, the medication was paid for by the hospital. Now that I'm discharged, I have to pay for it myself or through the insurance program, but I will also have to pay a sizable part through premiums and co-insurance. So, there is a

certain amount of transfer cost from the Government budget on to the individual budget. And I don't think that is... I can understand it from the point of view of Government budgets, but I think that there is the counterposition that I've indicated, that it is extremely hard for people to do that and that it is bad economics.

M. Copeman: Puis, en terminant, M. le Président, je veux juste vous indiquer, à la Coalition communautaire, que j'ai déjà questionné la ministre de la Santé en ce qui concerne le paiement des médicaments hors Québec lors de l'adoption du projet de loi qui modifiait la situation des prestataires d'assistance emploi avec des contraintes sévères à l'emploi.

And I'll continue to question the Minister as to why, when drugs are purchased outside of Québec, they are not covered by our drug plan whereas, of course, hospitalization is covered in other Canadian provinces and in other jurisdictions, to the limit prescribed by the Régie de l'assurance maladie du Québec. So, I'll continue to make that point with the Minister and we'll see whether it allows her to change her mind in that particular regard.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marols: Alors, merci, M. le Président. Ce sont autant de questions qui sont actuellement analysées pour essayer de voir s'il y a des modifications qu'on pourrait faire au régime. Je veux revenir très brièvement, si vous le permettez, sur le régime d'assurance médicaments et son importance dans l'ensemble des interventions en matière de santé. Aussi important, sans doute, ce régime que peut l'être l'assurance hospitalisation ou l'assurance maladie, et je comprends bien que, oui, cela fait partie d'un tout, et surtout dans la perspective où vous l'avez mentionné du virage ambulatoire. Mais, en même temps, nous avons pris l'initiative de le faire au Québec, alors que, dans les autres provinces, dans plusieurs provinces, il n'existe aucun régime d'assurance médicaments. Les taux de couverture sont beaucoup moins intéressants que ce qu'on connaît au Québec, et, même quand il y a des régimes, il y en a peu qui sont aussi intéressants que le nôtre.

Alors, c'était un effort considérable que l'on croyait nécessaire de faire. Malgré ce qu'on en dit, actuellement on constate que nous n'avons pas réellement fait d'économies parce qu'il commence à nous coûter plus cher que les économies que nous avons faites temporairement, et en ce sens, si on veut le préserver — et, moi, je crois que c'est un bon régime — compte tenu des limites que nous avons aussi pour payer de nouveaux services dans le domaine de la santé, il faut lui conserver une partie qui va s'appuyer sur l'assurance et donc sur la possibilité pour les gens de contribuer soit par une prime ou par d'autres formules semblables. Cependant, je suis sensible au fait que ceux et celles qui ont de petits revenus ou qui sont à la sécurité du revenu vivent une pression plus

grande et que, s'il y avait, dans les scénarios, certains scénarios qui étaient plus avantageux pour eux, je crois qu'on devrait les privilégier en ce sens-là.

Alors, je veux à ce moment-ci, M. le Président, remercier nos invités, vous remercier aussi pour l'action que vous menez auprès de vos concitoyens et concitoyennes, que vous aidez si généreusement. Merci pour vos commentaires.

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Nolin, M. Woodsworth, merci beaucoup de votre présentation. Alors, sans plus tarder, j'inviterais maintenant les représentants de la Société d'arthrite à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, bienvenue aux représentants de la Société d'arthrite. Je ne sais si c'est M. Roberge ou M. Galipeau qui va débiter? M. Galipeau? M. Roberge?

M. Roberge (Louis): Oui. M. Roberge, c'est moi.

Le Président (M. Labbé): Parfait. Alors, vous allez avoir 15 minutes, mon cher monsieur, pour présenter votre mémoire et présenter les gens qui vous accompagnent. Et, par la suite, de chaque côté nous avons 15 minutes pour réagir à votre mémoire. Sans plus tarder, je vous cède la parole.

Société d'arthrite

M. Roberge (Louis): Merci beaucoup, M. le Président. Alors, tout d'abord j'aimerais vous présenter, à ma gauche, M. Marcel Ruel, qui est membre du conseil d'administration de la Société d'arthrite à Québec, la ville de Québec, la région de Québec, ainsi que le Dr Jacques Brown, qui est membre du même conseil. Et le Dr Brown est à ma droite immédiate, et, à droite complètement, il y a Mme Anne Marie Labonté, qui est coordonnatrice des programmes d'éducation pour la Société d'arthrite, division du Québec. Et le soussigné, eh bien, je suis président du conseil d'administration pour la Société d'arthrite, division du Québec.

Au nom du million de Québécoises et de Québécois atteints d'une des 100 différentes formes d'arthrite, nous tenons à vous remercier de nous fournir l'occasion d'exprimer notre point de vue sur l'évaluation du régime d'assurance médicaments et d'échanger par la suite avec les membres de la commission sur ce dossier névralgique.

Mentionnons brièvement à titre d'information que la Société d'arthrite est un organisme sans but lucratif voué entièrement à la promotion et au financement de la recherche sur l'arthrite, aux services aux arthritiques et à la sensibilisation du public. Notre mission est d'encourager la recherche sur les causes de l'arthrite afin qu'il soit un jour possible de mettre au point des traitements qui guériront cette maladie.

Depuis plus de 50 ans, la Société d'arthrite compte sur l'efficacité de son personnel, sur la générosité de ses bénévoles partout au Québec pour mener à bien sa mission. Elle est soutenue dans son travail par un conseil d'administration très engagé à défendre la cause. La Société d'arthrite du Canada, dont fait partie celle du Québec, contribue annuellement un montant d'environ 2 000 000 \$ à des projets de recherche, et ces 2 000 000 \$ sont attribués par un comité des pairs aux quatre centres universitaires sur l'arthrite, soit à l'Université de Montréal, l'Université McGill, l'Université de Sherbrooke et l'Université Laval.

Il serait trop ambitieux de vouloir définir toutes les formes d'arthrite dans le présent mémoire. Vivre avec l'arthrite, c'est beaucoup plus qu'avoir mal ici et là aux articulations. Il ne s'agit pas d'un phénomène normal du vieillissement, c'est une maladie au même titre que le diabète ou les maladies cardiaques. Les Québécois ne peuvent plus se permettre d'ignorer l'arthrite qui constitue l'un des plus importants problèmes de soins de santé auxquels notre société soit confrontée.

Permettez-nous de brosser un tableau étonnant des répercussions considérables de l'arthrite sur les Québécoises et les Québécois, sur l'économie du Québec et sur notre système de soins de santé. Une prise de conscience est d'autant plus importante que la génération des baby-boomers atteindra bientôt 65 ans et qu'à chaque année le nombre de citoyens atteints augmentera de façon exponentielle. 1 000 000 de Québécois sont atteints d'arthrite — 1 000 000 sur 7 000 000, c'est beaucoup d'électeurs — une affection douloureuse et parfois invalidante. L'arthrite atteint les jeunes au même titre que les personnes âgées. Trois personnes sur cinq qui souffrent de l'arthrite ont moins de 65 ans.

L'arthrite est la principale cause d'invalidité prolongée au Québec. Une personne sur deux présentant une invalidité due à l'arthrite et faisant partie de la population active ou du groupe d'âge normalement au travail ne peut travailler en raison de son état. L'arthrite est à l'origine de plus de 25 % des cas d'invalidité de longue durée.

Le nombre de personnes aux prises avec l'arthrite augmente. On estime que d'ici 2031 — pensez à l'âge que vous aurez à cette époque — 250 000 nouveaux cas d'arthrite seront diagnostiqués par décennie, soit l'équivalent de 480 nouveaux cas par semaine. Aimerez-vous être le médecin qui les reçoit? Au cours des 30 prochaines années, les cas d'invalidité imputables à l'arthrite devraient presque doubler.

L'arthrite et les autres maladies musculosquelettiques arrivent au deuxième rang au chapitre des coûts sociaux, devant le cancer et le sida, et vous ne nous entendez pas autant que vous devriez. Peut-être qu'on devrait parler plus souvent et plus fort, mais enfin nous profitons du forum qui nous est offert. L'arthrite coûte annuellement 4 000 000 000 \$ aux contribuables québécois. Elle compte parmi les motifs les plus fréquents de consultation chez le médecin. Elle arrive au troisième rang en ce qui a trait à la fréquence des

médicaments prescrits sur ordonnance, plus que le Viagra.

La part des efforts et des fonds consacrés à la recherche sur l'arthrite est inférieure et disproportionnée par rapport à ce qui est consenti pour d'autres secteurs de la santé. Par exemple, le fait que l'arthrite et les maladies musculosquelettiques représentent 13,8 % des coûts de toutes les maladies au Canada, et c'est seulement 2,9 % des coûts de budgets de recherche en santé qui y sont consacrés. Il faut donc augmenter les ressources affectées au traitement de l'arthrite pour répondre aux besoins croissants.

Malgré l'augmentation considérable de personnes atteintes de l'arthrite, seulement 65 rhumatologues sont actuellement disponibles au Québec — les médecins spécialistes du diagnostic et du traitement de l'arthrite — et leur nombre diminue à un rythme effarant. Le Dr Brown pourra en témoigner. À noter que plusieurs régions du Québec ne peuvent compter sur les services d'un rhumatologue. Les personnes atteintes d'arthrite n'ont souvent pas accès aux soins multidisciplinaires requis: physiothérapeutes, infirmières cliniciennes, ergothérapeutes, etc. Pourquoi? Parce que les ressources actuelles sont nettement insuffisantes.

Un diagnostic précoce et un traitement approprié peuvent contribuer à ralentir la progression de la maladie. Le Dr Ésdaille, autrefois de l'Université McGill et qui est maintenant rendu en Colombie-Britannique comme chercheur, publiera bientôt une étude qui montre que, si on prenait la maladie dans les six premiers mois de sa naissance, si vous voulez... eh bien, si on pouvait la prendre, on réussirait à en enrayer une partie importante. Mais ce n'est souvent que 12 mois ou 18 mois après avoir commencé à souffrir d'arthrite que l'on peut réussir à avoir un rendez-vous chez le médecin, ce qui fait que toute cette période où l'évolution de la maladie a lieu, eh bien elle cause des dommages irréparables. Je laisserai le Dr Brown élaborer là-dessus s'il le souhaite.

Le progrès réalisé dans le traitement de l'arthrite permet d'améliorer la qualité de vie et la capacité de travailler des personnes atteintes, donc des économies pour l'État. Les médicaments constituent une partie importante du traitement de l'arthrite, qui se classe au troisième rang pour ce qui est de l'utilisation des médicaments d'ordonnance. Ceux-ci aident à maîtriser la maladie et ses symptômes, tels que la douleur et l'inflammation. Malheureusement, tous ne freinent pas l'évolution de la maladie. d'où l'importance de l'utilisation rationnelle et judicieuse des médicaments.

L'arthrite se classe au second rang pour ce qui est de la fréquence d'utilisation des médicaments vendus sans ordonnance. Des douleurs sans importance, quoi. Pourtant, cette douleur, c'est tout autre chose. Elle peut être tellement intense et constante qu'elle domine tous les instants de la journée et de la nuit, perturbant ainsi le sommeil ainsi que toutes les activités de la vie quotidienne, même celle d'attacher un bouton. J'ai déjà eu, dans ma vie, une période où j'avais de la difficulté à attacher mes boutons de cravate. Je peux vous dire que ce n'est pas drôle. On se sent humilié, mais c'est la vie.

On estime que 1 900 Canadiens et Canadiennes, dont 500 au Québec, meurent chaque année d'ulcères digestifs causés par les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Évidemment, 500, vous allez me dire que ce sont des statistiques, mais ces personnes ont toutes un nom. Grâce à la recherche, en 1999, une nouvelle génération de médicaments anti-inflammatoires de type COX-2, plus sûrs pour le système gastro-intestinal que les anti-inflammatoires traditionnels, ont fait leur apparition sur le marché québécois. Nous avons d'ailleurs félicité Mme Marois pour avoir accepté d'inscrire rapidement le nouveau médicament de cette classe. Vous trouverez en annexe une copie de cette lettre. Une telle percée thérapeutique démontre la nécessité de poursuivre les efforts dans la recherche afin de découvrir des médicaments toujours plus sécuritaires et plus performants et assurer leur accessibilité au formulaire pour les patients qui en ont besoin.

Nous soumettons donc à cette commission quatre recommandations destinées à favoriser une meilleure utilisation des médicaments aux arthritiques, améliorer la qualité de vie de nos patients et favoriser la recherche et le développement sur l'arthrite au Québec.

● (15 h 40) ●

Tout d'abord, la recherche. Il nous faut poursuivre non seulement la recherche fondamentale dans les universités, dans les laboratoires, les sociétés de biotechnologie, les compagnies pharmaceutiques, mais également accélérer la recherche d'un médicament performant en fonction du vieillissement de la population. C'est une bombe à retardement qui nous pend au-dessus de la tête. L'avènement de nouvelles percées pharmaceutiques permettra d'améliorer la qualité de vie tout en réduisant les coûts, de réduire les handicaps causés par l'arthrite et de maintenir l'employabilité et le niveau de revenu des arthritiques. Le gouvernement devra favoriser davantage les initiatives de recherche et de développement appliquées aux domaines pharmaceutique et biomédical.

Point n° 2, l'accessibilité. Il nous faut assurer plus rapidement l'inscription de nouveaux médicaments sur le formulaire provincial des médicaments; favoriser l'accès au remboursement des nouveaux médicaments en tenant compte des économies générées dans le système de soins de santé. Bloquer l'accès à de nouvelles médications dans le seul but de contrôler les coûts nous apparaît tout à fait inéquitable et inacceptable lorsqu'il n'y a aucune restriction dans d'autres domaines de la santé comme les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Je l'ai répété trois fois, celui-là. Cependant, nous soutenons le concept d'utilisation appropriée des médicaments dans le cadre de programmes de gestion intégrée des soins. L'adoption de cette recommandation sur les nouveaux médicaments permettrait à l'arthritique de maintenir une meilleure fonction des articulations, de ralentir la destruction articulaire et, en bout de ligne, d'améliorer sa qualité de vie et celle de sa famille. De plus, elle permettrait la réduction des coûts sociaux.

Troisièmement, maintenir les programmes d'éducation aux patients, continuer d'innover dans ce domaine par des efforts de partenariat entre la Société

d'arthrite, l'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé et le gouvernement. Il est également essentiel et important que le gouvernement se joigne aux programmes d'éducation déjà existants.

Offrir un programme d'éducation continue pour les médecins afin qu'ils soient en mesure de mieux reconnaître et diagnostiquer les cas d'arthrite à un stade plus précoce. Une meilleure connaissance de la maladie permettrait une intervention plus rapide par l'usage de médicaments appropriés. Ce projet pourrait nécessiter l'implication de nombreux intervenants, dont le gouvernement, l'industrie pharmaceutique, les rhumatologues, les différents centres de recherche sur l'arthrite ainsi que la Société d'arthrite. En disposant d'une meilleure formation de base en rhumatologie, les médecins généralistes seraient en mesure d'assurer une utilisation plus rationnelle des médicaments par la connaissance des interactions et des effets secondaires. De plus, cela aura un impact positif sur le nombre de consultations, le taux d'hospitalisation et la fidélité au traitement. Je crois qu'on en a entendu parler avant nous.

Enfin, point n° 4, contribution financière des patients. Nous croyons qu'on doit limiter au minimum l'augmentation des frais de contribution exigés aux patients. Il serait difficile d'envisager d'augmenter de façon importante la contribution du patient sans risquer de mettre en péril le traitement.

En conclusion, il nous faut accélérer la recherche pour trouver de meilleurs moyens de traiter et de guérir, et ceci exigera un effort concerté tant de la part de la Société d'arthrite que d'autres bailleurs de fonds. Le gouvernement, l'industrie et le public doivent reconnaître que l'arthrite est une question de santé qui a des conséquences dévastatrices sur l'économie et le système de santé au Québec, sans parler de la qualité de vie du million de Québécoises et de Québécois qui en sont atteints.

Nous croyons que ce n'est pas en augmentant les cotisations des usagers et en réduisant l'accessibilité aux médicaments que nous réglerons les coûts rattachés à l'assurance médicaments. Nous encourageons donc fortement le gouvernement à travailler de concert avec les différents intervenants pour assurer une utilisation optimale des médicaments et des ressources en soins de santé. Merci beaucoup de nous donner l'occasion de faire valoir notre point de vue.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. Roberge, pour cette présentation. Je vous remercie aussi pour les vœux que vous avez formulés à notre endroit, de nous permettre de vivre jusqu'en 2031, et je vous retourne le compliment en vous disant qu'on vous souhaite de trouver un médicament qui va vous donner une qualité de vie qui va vous permettre de vivre encore 100 ans.

M. Roberge (Louis): Fournissez-nous le contexte, et on va le trouver.

Le Président (M. Labbé): Excellent! Merveilleux! Alors, sans plus tarder, je cède la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: J'aime ça, moi, quand on est déterminé puis qu'on est prêt à faire les efforts qu'il faut pour arriver à nos fins. Ha, ha, ha! Bien, je vous remercie de votre présentation. Je vous remercie aussi de votre lettre. Évidemment, c'est encourageant, parce que souvent ce ne sont pas des décisions faciles à prendre, et puis il faut pousser un peu. Alors, voilà, je suis heureuse que vous le reconnaissiez.

Je voulais juste vous donner peut-être une information que vous connaissez sans doute, mais c'est peut-être utile de le rappeler pour les gens de la commission. En fait, et au cabinet et au ministère, actuellement on est impliqués dans un processus de partenariat avec l'Université de Montréal, l'industrie pharmaceutique, le Collège des médecins, la FMSQ et la FMOQ pour développer de nouveaux outils qui seraient adressés à des professionnels de la santé pour, entre autres, améliorer l'utilisation des anti-inflammatoires dans le traitement de l'ostéoarthrite.

Alors, ce sont des sujets, effectivement, qui nous préoccupent beaucoup. Ce que vous avez souligné aussi dans votre intervention, à savoir que, si on pouvait rapidement identifier le début de la maladie et qu'on puisse intervenir tôt dans l'apparition des symptômes, je comprends qu'on assurerait un meilleur contrôle de son développement ou peut-être même on empêcherait que ce problème ne s'accroisse, ne s'accélère. Bon, évidemment, on est aux prises avec ces difficultés sur tout le territoire québécois, on le sait, et on travaille résolument à trouver des solutions aux problèmes d'accessibilité à des professionnels de la santé, autant des omnipraticiens, évidemment, que des spécialistes, mais on est bien conscients de l'importance d'intervenir tôt. C'est vrai pour l'arthrite, comme c'est vrai aussi pour d'autres types de problèmes, on le sait bien, et malheureusement ce qu'on connaît maintenant n'est pas ce que l'on voudrait qui continue de se produire, au contraire.

Alors, je veux venir maintenant sur différentes propositions que vous faites et différents commentaires. Peut-être en faire un autre préalablement. C'est revenu plusieurs fois, vous le mentionnez aussi, d'autres mémoires l'ont mentionné, c'est évidemment, si on veut, les économies qu'on peut faire dans certaines circonstances en soignant bien par le médicament, et dans l'ensemble le système ressort gagnant. Le système de santé. Et je suis tout à fait d'accord avec vous, mais il n'y a pas non plus de pensée magique, hein, dans le sens où, quand on sait qu'on a des hauteurs de déficit comme celles qu'on connaît, par exemple, du côté des hôpitaux, qu'on a en même temps un 130 000 000 \$ qui apparaît au régime d'assurance médicaments qui est la portion que doit payer le gouvernement, plus le fonds lui-même d'assurance médicaments... Alors, c'est sûr que je ne rejette pas l'idée que l'on puisse travailler d'une façon plus intégrée encore et qu'on tienne compte dans nos analyses des effets, sur l'ensemble du système, de choix qu'on fait par rapport aux médicaments, mais en même temps on voit bien qu'il y a une pression globale sur le système qui fait en sorte que nos coûts augmentent plus vite que la capacité que nous

avons de les assumer en termes de progression de notre richesse collective.

Et ça, c'est un débat qu'on doit avoir et qui est évidemment majeur, mais, comme je le disais au départ, il n'y a pas de pensée magique, donc, dans le fait que, même si on fait ces analyses-là — et je crois qu'il faut les faire — de coûts-bénéfices eu égard à d'autres interventions professionnelles qu'on pourrait avoir dans notre réseau, il reste que la pression est là quant à la hausse de coûts à cause des phénomènes, justement, de découvertes au plan scientifique — et tant mieux — autant sur les médicaments que les nouvelles technologies d'intervention. Mais le vieillissement de la population vient accélérer aussi le processus. Bon.

Alors, vous proposez évidemment — et je suis d'accord aussi — que le gouvernement favorise davantage la recherche et le développement dans le domaine pharmaceutique et biomédical. Comment voyez-vous, entre autres, le rôle de l'industrie pharmaceutique? Est-ce qu'on peut... Je sais que ça existe évidemment, elle participe dans certaines recherches, mais en même temps on sait très bien qu'il y a une obligation, à mon point de vue, d'un peu encadrer tout ça, comment vous voyez ce type de collaboration entre le gouvernement, les institutions et les industries pharmaceutiques?

M. Roberge (Louis): Écoutez, il y a certainement plusieurs façons de répondre à cette question, la première qui me vient à l'esprit, c'est tout d'abord d'assurer un cadre législatif qui va favoriser d'un point de vue durée. Vous savez, on sait que produire un médicament, ça coûte environ 350 000 000 \$US à 400 000 000 \$US multipliés par 1,45. Le temps de le rentabiliser, il est très long. On sait que ce soit 25 000 ou 1 000 idées, ça n'a aucune importance, il y en a une qui va se réaliser. Donc, les probabilités de succès sont minces. À partir de celui qui a une idée et qu'on en développe un médicament...

Mme Marois: Qui conduit à l'opérationnel et à la livraison du produit, là.

• (15 h 50) •

M. Roberge (Louis): Oui, oui, c'est ça. Je pense avec mon chapeau d'investisseur dans les sociétés de biotechnologie, c'est absolument phénoménal, et les risques sont énormes. Donc, il faut, dans un premier temps, créer un climat comme vous aviez auparavant, avec les sociétés de recherche et développement, les sociétés en commandite. Je réfléchis tout haut, là, parce que vous m'arrivez...

Mme Marois: Non, mais c'est correct. C'est pour ça qu'on est là aussi.

M. Roberge (Louis): O.K. Donc, il y avait de ces sociétés recherche et développement dans lesquelles il y a des centaines de millions de dollars qui ont été investis, mais ça a permis l'apparition de nouveaux médicaments, de nouveaux instruments médicaux, etc., et ça a contribué à l'amélioration de notre richesse collective, ne serait-ce

que la richesse intellectuelle, parce que ça a été fait ici. On a une multitude de sociétés de biotechnologie qui, sans ce contexte, n'existeraient pas. Alors, il faut continuer à créer un environnement fiscal, économique qui nous permette de garder ainsi les meilleurs cerveaux et à les attirer, et je crois que ça existe, ça aussi, ces incitatifs. Alors, ça, c'est ma première réaction. Dr Brown, aimeriez-vous faire des commentaires?

M. Brown (Jacques): ...ça se fait tout seul, ah bon.

Mme Marois: Oui, ça se fait tout seul. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Brown (Jacques): Oui, je pense, Mme la ministre, il y a des points, certainement, qui vaudraient la peine d'être évalués par la commission, et un des points, je crois, qui seraient importants, vous avez fait allusion tout à l'heure — puis je m'en réjouis, là — au partenariat au sujet des anti-inflammatoires dans l'arthrose, l'ostéoartrite, je pense que c'est un bel exemple. C'est un exemple qu'on a vécu en rhumatologie il y a quelques années où il y a même eu presque un scandale, où les gens, peut-être à tort, du côté médical, prescrivaient parfois des anti-inflammatoires sans que l'indication soit tout à fait optimale. Alors, je pense que c'est un bel exemple. Il y a eu, même si on peut blâmer le processus, qui a impliqué le Collège des médecins à l'époque, une prise de position, une prise de conscience de la part des médecins et, je pense, des actions qui ont été portées, et je me réjouis effectivement qu'il y ait un partenariat semblable.

Moi, je souhaiterais que le gouvernement du Québec développe à travers son réseau, justement, de l'assurance médicaments, qui permet une collecte de données que certaines agences d'information rêveraient de posséder... Je souhaiterais que le gouvernement du Québec exploite cette banque de données là pour améliorer la qualité des soins qui sont assurés aux Québécois. Il y a une façon de le faire, c'est de développer effectivement un partenariat avec les médecins du Québec, des modèles de prise en charge optimale dans un champ thérapeutique donné. Je sais qu'il y a des ouvertures de la part de votre ministère à ce sujet-là puis je souhaiterais effectivement qu'une partie, éventuellement, du coût qui est reliée à l'utilisation des médicaments soit utilisée justement de façon judicieuse, à l'utilisation judicieuse des médicaments. Les médecins seront d'accord avec ça, les patients seront d'accord avec ça, et tout le monde, effectivement, y gagnera parce qu'on y gagnera aussi au point de vue économique. Alors, ça, c'est certainement un voeu. La structure est en place, à mon avis, du point de vue informatique.

Je pense que je déplore parfois le fait qu'on donne beaucoup d'importance à, je dirais, la supervision dans des formules de listes d'exception, une supervision serrée de l'utilisation adéquate de médicaments qui implique du

personnel qui doit réviser ces documents-là, qui doit refaxer à chacun des médecins individuellement l'autorisation ou le refus, envoyer une copie de tout ça au patient. Je souhaiterais aussi qu'une partie de ces ressources humaines là soit utilisée vers l'amélioration, je pense, dans ce modèle de partenariat de la prise en charge des patients. Ce serait, à mon avis, une image beaucoup plus positive à projeter qu'une liste de restrictions qui donne toujours l'impression au médecin et au patient qu'il y a une restriction d'appliquée qui n'est peut-être... en tout cas, qui peut être perçue comme injuste.

Parfois aussi, vous dire que, lorsqu'on remplit des formulaires d'exception, très souvent le patient nous revient en nous disant: Écoutez, docteur, on m'a refusé le médicament, mais c'est probablement parce que vous avez mal rempli le formulaire. Vous étiez pressé ce jour-là, vous n'avez peut-être pas mis tous les renseignements. Mon pharmacien m'a dit que, si vous ajoutiez telle information... Et je pense que je voulais vous sensibiliser au fait que ça ajoute énormément de tracasseries administratives aux médecins et je pense qu'il faut que les membres de la commission soient conscients de ça. Alors, qu'il y ait une restriction, une liste d'exceptions qui soient appliquées dans certains cas, oui, mais c'est un processus qui est perçu négativement par le public et par le corps professionnel, et je crois que des modèles plus positifs comme un partenariat où on améliore la prise en charge, tout le monde y gagne en termes scientifiques.

Vous serez contente, certainement, d'apprendre que vous atteignez des hauts niveaux de prise en charge des patients et que ce partenariat peut être fait tout à fait avec les compagnies pharmaceutiques. Je ne veux pas parler en leur nom, mais je crois que des modèles semblables sont déjà en cours, par exemple, en Nouvelle-Écosse dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Il y a des projets également dans le domaine qui m'intéresse, moi, l'ostéoporose, dans le Manitoba. Alors, il y a des modèles qui existent déjà, et on peut certainement penser à les développer dans certains domaines thérapeutiques au Québec.

Mme Marois: Effectivement, des représentants de l'industrie pharmaceutique que j'ai rencontrés ont fait référence à ces modèles qui existent ailleurs et qui pourraient nous inspirer pour nous permettre de mieux suivre l'utilisation du médicament. Parce que c'est ça, dans le fond, la perspective, c'est qu'on ait accès à tous les types de médicaments utiles cliniquement, médicalement, mais qu'ils soient bien utilisés aussi en ce sens-là. Je pense que l'exemple que vous donniez tout à l'heure des anti-inflammatoires est un exemple où ce suivi-là, s'il avait été fait, aurait peut-être évité des conséquences, dans le fond, dramatiques dans un sens quand on sait que des gens en meurent, hein? Bien sûr, ça va de soi. Ce ne serait cependant, j'imagine, une approche comme celle-là, pas nécessairement suffisant pour nous permettre de contrôler complètement nos coûts, parce qu'un des avantages de la liste d'exception, c'est souvent... On le met en exception d'abord parce que souvent il est très coûteux, le

médicament et, par ailleurs, on veut qu'il soit finement utilisé pour les fins pour lesquelles il peut être utilisé.

Vous n'êtes pas beaucoup loquace sur la façon de financer notre régime. Évidemment, ce n'était pas nécessairement l'objet spécifique de la commission, mais en même temps c'est notre trouble à tout le monde, hein, c'est notre problème. Il faut être capable de le financer si on veut le conserver. Ça, c'est majeur. Et, tout à l'heure, vous avez fait référence à la question et à l'importance d'avoir chez nous des sociétés qui innovent dans tout le contexte des biotechnologies et d'avoir des chercheurs ici aussi de haut niveau, la question du prix le plus bas, par exemple, est-ce que vous l'avez discutée?

M. Roberge (Louis): Nous n'avons pas abordé spécifiquement, faute de temps, pour des raisons de régie interne, mais lorsqu'on se... On ne peut pas voir son gâteau... C'est quoi, l'expression en anglais, là?

Mme Marois: Oui, c'est ça, avoir son gâteau et le manger en même temps.

M. Roberge (Louis): Bon. Je regrette, mais on n'est quand même pas...

Mme Marois: Le beurre et l'argent du beurre.

M. Roberge (Louis): Voilà, le beurre et l'argent du beurre. Si le régime que vous avez mis sur pied, je pense, provient d'une excellente intention, la consommation des médicaments est plus importante que ce que vous aviez prévu. Bien, je regrette, il va falloir payer. La question, c'est: Est-ce que ça va être le médicament le plus bas? C'est difficile pour nous de vous dire si ça doit être le médicament le plus bas, tout ce que je sais, c'est qu'il doit être accessible, que les gens qu'on a qualifiés comme étant ceux qui n'ont pas les moyens de payer pour x raisons que l'État aura déterminées, ces gens-là ne devraient pas souffrir. Par contre, que ceux qui ont les moyens de payer, bien, si on passe de 175 \$ à 300 \$ par année, ce n'est pas la fin du monde. On ne peut pas permettre à l'État de continuer de s'endetter ad vitam aeternam. On paie déjà assez cher d'impôts, aux générations qui vont suivre il faudrait quand même laisser une table propre. Alors...

Mme Marois: Je suis d'accord avec vous.

M. Roberge (Louis): Donc, oui, on a les politiciens qu'on mérite, et puis les politiciens que l'on a aujourd'hui semblent vouloir réparer les abus du passé. Bien, c'est des gens de notre génération qui sont maintenant au pouvoir.

Mme Marois: Je vais vous dire que ça prend, par exemple, pas mal de courage, hein, parce que ce n'est pas facile.

M. Roberge (Louis): Et ça demande beaucoup de courage, et je voudrais vous commander...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roberge (Louis): Et je vais vous dire, Mme Marois, abstraction faite de mes convictions politiques, j'admire les personnes qui, comme vous et les députés, vivent cette vie publique. Et ce n'est pas toujours facile parce que vous aurez toujours tort, mais au moins vous mettez vos culottes et puis vous allez faire la job...

Mme Marois: On met nos jupes puis nos culottes. Ha, ha, ha!

M. Roberge (Louis): Vous mettez vos jupes. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Mais aujourd'hui ça tombe bien. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Malheureusement, le temps étant écoulé... Mais vous nous souhaitez...

Mme Marois: Ah, c'est dommage.

Le Président (M. Labbé): ...quand même de vivre jusqu'en 2031, c'est ce qu'on apprécie.

Mme Marois: 2031.

M. Roberge (Louis): Je vais vous souhaiter de vivre sans arthrite jusqu'en 2031.

Le Président (M. Labbé): C'est ce que je vous souhaite aussi, monsieur.

M. Roberge (Louis): Merci.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Et, bienvenue, on vous remercie de votre présentation et de votre mémoire. Et je suis certainement très conscient des implications que peut avoir l'arthrite parce que j'ai moi-même aussi vécu des problèmes qui peuvent causer des crises d'arthrite rhumatoïde, etc. Donc, je pense qu'on comprend très bien à ce moment-là ce que ça peut représenter pour des gens.

M. Roberge (Louis): Nous allons ajouter votre nom à notre liste d'envoi...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roberge (Louis): ...pour solliciter un don.

● (16 heures) ●

Le Président (M. Labbé): Ah, je l'ai déjà eu, hein, vous savez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Et je pense qu'on doit vous féliciter également pour le travail que fait la Société d'arthrite dans le milieu et auprès des gens qui en sont atteints, surtout en termes d'information.

J'ai quelques questions avant de passer la parole à mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce. Vous parlez beaucoup d'accessibilité des médicaments, ce qui est important, et surtout en termes de nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché. Et, plus précisément, à la page 6 de votre mémoire, vous donnez comme objectif «d'assurer plus rapidement l'inscription des nouveaux médicaments sur le formulaire provincial des médicaments». Est-ce que vous pourriez peut-être élaborer un peu sur ce point-là? Est-ce qu'il y a des exemples dans le passé où on aurait pu avoir un accès plus rapide ou est-ce qu'il y a des améliorations à faire à cet égard-là?

M. Roberge (Louis): Je vais laisser le Dr Brown répondre à cette question.

M. Brown (Jacques): Alors, oui, certainement. Je pense que ce que sous-tendait cet élément-là d'information, c'est qu'il y a — et peut-être que les gens du Conseil consultatif pourront me corriger — une période d'attente entre le moment où le médicament est homologué... Vous savez que, légalement, un produit est autorisé sur un territoire lorsqu'il est reconnu efficace au point de vue scientifique par un organisme qui s'appelle la DGPS, au Canada, et ce médicament-là est donc autorisé pour être mis en vente sous prescription, sous ordonnance. Ce qui est difficile parfois, du côté médical, à accepter, c'est que, un organisme qui évalue l'aspect scientifique et la valeur scientifique d'un médicament, qui reconnaît son efficacité et son utilisation clinique, il y ait parfois des délais minimums de six mois entre le lancement de ce médicament-là et éventuellement l'inscription au formulaire.

Et je dois dire qu'à cet égard-là le Québec n'est pas la province la pire en ce sens-là. Mais c'est toujours difficile pour un patient de comprendre qu'un médicament est maintenant reconnu efficace scientifiquement, mais qu'il n'est pas accessible éventuellement sur la liste des médicaments. Et le délai souvent minimal est de six mois et peut aller parfois jusqu'à 18 à 24 mois. Alors, ces éléments-là sont parfois difficiles, effectivement, à expliquer au patient lorsque, nous, on a recommandé l'utilisation du médicament parce qu'on reconnaît sa valeur scientifique.

M. Marcoux: On propose évidemment des modifications au Conseil consultatif de pharmacologie. En fait, il y a également des critères de sélection qui seraient différents. Est-ce que vous pourriez nous donner votre point de vue sur ça? Parce que, évidemment, vous avez eu la Société de la sclérose en plaques qui en a fait état dans sa présentation, au début de l'après-midi, qui, en fait, est d'accord avec les nouveaux critères, mais est un peu préoccupée par le fait que ça puisse peut-être dériver vers

une approche plus économique. Quel est votre point de vue sur ça?

Le Président (M. Labbé): Dr Brown.

M. Brown (Jacques): Oui. La crainte que l'on a, nous, c'est qu'effectivement, comme j'en faisais état tout à l'heure dans mon intervention auprès de Mme Marois, on alourdit la tâche des médecins en leur demandant de remplir dans un plus grand nombre de cas des médicaments qui seraient inscrits sur la liste d'exceptions pour des raisons qui sont souvent, et je pense que les gens le reconnaîtront, davantage motivées par le coût du médicament que par la valeur scientifique d'un médicament.

Et il y a également des effets de classe, c'est-à-dire que, quand vous avez une classe thérapeutique qui est bien établie — prenons l'exemple de l'hypertension artérielle ou des maladies cardiovasculaires, qui est une classe thérapeutique reconnue dans ce domaine-là depuis des dizaines et des dizaines d'années — il est parfois difficile, dans de nouvelles classes thérapeutiques, de reconnaître l'efficacité des médicaments parce qu'on ouvre un nouveau marché. Mme Marois y a fait allusion. Et il est sûr qu'on ne peut rien faire au vieillissement de la population et à la possibilité que de plus en plus de gens aient besoin de recevoir des médicaments pour des maladies qui étaient moins fréquentes auparavant parce que, pour des raisons démographiques, la population n'avait pas atteint cet âge-là.

Alors, il est certain que le programme d'assurance médicaments va continuer à croître, en termes de coûts. Il est sûr aussi qu'on doit, en termes de société, probablement réviser le financement de tout ça. Mais il ne faut pas se surprendre que ces coûts-là vont augmenter, qu'il y aura de nouvelles approches thérapeutiques découvertes.

Et je ne vois pas, moi, personnellement, dans les cinq dernières années, beaucoup de nouveaux champs thérapeutiques qui n'ont pas été mis sur la liste d'exceptions. Alors, je parle de nouvelles maladies. Je peux en citer un exemple, l'ostéoporose, où il y a eu pendant plus d'un an une restriction à un médicament qui avait démontré une efficacité pourtant hors de tout doute, avec les critères scientifiques les plus élevés. Alors, mon questionnement est plus vis-à-vis, par exemple dans l'arthrite rhumatoïde, de la venue de nouveaux médicaments biotechnologiques comme les anti-TNF alpha, qui sont exactement le même principe de la médication que les gens vous ont expliqué pour la sclérose en plaques. Ce médicament-là, qui est très coûteux — près de 15 000 \$ par année — devra probablement être utilisé seulement par des spécialistes tertiaires comme les rhumatologues. Mais il est certain que, dans ces cas-là, on peut se demander si le gouvernement du Québec pourra inscrire ce type de médicament là, qui peut assurer une guérison complète de la maladie, au formulaire.

M. Marcoux: Lorsque vous parlez de l'éducation — et je pense que vous avez fait état également d'un partenariat présentement pour ce qui touche l'utilisation

des anti-inflammatoires — vous touchez un point, c'est celui du diagnostic précoce de la maladie, ce qui requiert, j'imagine, une meilleure formation des médecins généralistes. Est-ce que, cette formation-là, normalement, ce n'est pas le Collège des médecins qui devrait mettre en place un programme pour permettre aux omnipraticiens de diagnostiquer de façon plus rapide la maladie, ce qui semble, selon ce que vous indiquez, souvent permettre évidemment à la personne, si elle prend ses médicaments plus rapidement, d'être capable de prévenir ou de contrôler la maladie?

Le Président (M. Labbé): Dr Brown.

M. Brown (Jacques): Oui. Le Collège des médecins, dans son mandat, peut recommander aux différentes universités du Québec d'inclure dans leur curriculum, dans la formation des médecins ou dans leurs sessions d'éducation médicale continue une plus grande proportion de l'enseignement du locomoteur. Le problème, c'est qu'il faut du personnel pour enseigner à ces omnipraticiens-là. Et le nombre de rhumatologues actuellement est dans une impasse tellement critique que c'est presque l'attrition complète dans les prochaines années parce qu'il n'y a pas suffisamment de membres pour assurer des soins, de l'enseignement, de la recherche.

Alors, souvent, traditionnellement, c'était une spécialité où il se faisait beaucoup d'enseignement et de recherche et, en raison de la lourdeur maintenant de la tâche, de plusieurs départs et de plusieurs membres qui vont nous quitter aussi en raison de l'âge, parce que la moyenne d'âge est tout près de l'âge que j'ai, c'est-à-dire 45 ans, et, vous savez, ce n'est pas très jeune dans le domaine... Alors, quand les gens commencent à travailler en spécialité à 30 ans, il y a besoin d'un renouvellement. Il y a toutes sortes de raisons pour lesquelles il n'y a pas de rhumatologues ou il y a peu de rhumatologues, mais c'est un problème sérieux. Alors, il y a un problème sérieux effectivement dans l'enseignement du locomoteur, parce que, vous et moi, on aura besoin de gens qui vont s'occuper de nos articulations dans quelques années et peut-être qu'effectivement la masse critique ne sera pas là. Mais c'est un autre problème qui est en dehors de la commission ici, actuellement, qui est sur l'assurance médicaments.

M. Marcoux: Justement, sur ce point-là, il y a quand même un lien, parce que vous dites: On ne peut pas faire de formation parce qu'on manque de rhumatologues ou la masse critique n'est pas là. Est-ce qu'il y a eu relativement une diminution du nombre de rhumatologues, depuis quelques années, ou s'il y a eu une sorte de stabilité? Est-ce qu'il y a eu beaucoup de départs, de sorte que finalement vous dites: Bien, il y en a moins, et on ne peut pas suffire à la tâche?

M. Brown (Jacques): Je pense, comme on l'avait souligné lorsque j'étais secrétaire de l'Association des rhumatologues il y a maintenant quatre ans, ce qu'on

connait actuellement, c'est tout simplement la mise à la retraite graduelle de nos collègues qui ont atteint l'âge noble de 65 ans et qui ont décidé de prendre leur retraite. Et ce qu'on vit à l'encontre, c'est qu'il y a eu des restrictions — vous êtes au courant — dans les 20 dernières années d'une part dans les admissions dans les facultés. Alors, quelques années après que, moi, j'ai fait mon cours de médecine, on a réduit de près de la moitié les postes d'admission dans les facultés de médecine et graduellement on a diminué aussi le nombre de résidents, de médecins en formation de spécialité, de près de la moitié aussi.

Alors, on vit actuellement les conséquences de décisions qui datent des années quatre-vingt et qui ont affecté notre spécialité comme d'autres, réduisant le nombre de postes admissibles à la résidence à deux par année dans tout le réseau des quatre universités, pour la rhumatologie. Alors, c'est certain que c'est la conséquence un petit peu de cette réduction, si vous voulez, des effectifs dans les postes d'enseignement en résidence en rhumatologie.

M. Roberge (Louis): Si je peux me permettre d'ajouter...

Le Président (M. Labbé): M. Roberge.

• (16 h 10) •

M. Roberge (Louis): Oui. Si je peux me permettre d'ajouter, M. le Président, le nombre de rhumatologues diminue et le nombre de personnes souffrant d'arthrite augmente, et ça prend au minimum 12 ans ou 10 ans pour former un rhumatologue. Alors, les chiffres du Dr Brown, c'est que, si on a seulement deux rhumatologues par année, deux nouveaux résidents en rhumatologie par année, ça prend 10 ans ou 12 ans avant qu'ils soient opérationnels. Vous voyez le problème, là, à 480 nouveaux cas par semaine.

Alors, si on n'est pas capable, vous, comme politiciens et, moi, comme personne impliquée dans la Société d'arthrite, avec le Dr Brown et d'autres bénévoles, de prendre le recul nécessaire et d'avoir la vision pour corriger les choses et mettre en place un plan d'action qui va couvrir les 10 ou 15 prochaines années, je regrette... Si vous n'avez pas de fille pour s'occuper de vous dans vos vieux jours, bonne chance.

Une voix: Fille ou garçon.

M. Roberge (Louis): Pardon?

Une voix: Fille ou garçon.

M. Roberge (Louis): Non, si vous n'avez pas une fille qui soit... Soyez gentils avec vos filles.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Elles, elles voudraient que ce soit aussi les garçons.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Alors, si vous permettez, on poursuit maintenant avec le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: En ce qui concerne, M. le Président, la pénurie appréhendée ou réelle actuelle des rhumatologues, comme vous dites, deux nouveaux résidents par année... Évidemment, ça, c'est le cas où les deux résidents font le choix de demeurer au Québec, là...

Une voix: Voilà.

M. Copeman: ...ce qui, j'imagine, est également un problème.

M. Brown (Jacques): Oui.

M. Copeman: La fuite des spécialistes doit, j'imagine, frapper les rhumatologues comme elle frappe d'autres médecins spécialistes. Mais, à la page 8 de votre mémoire, dans vos conclusions, vous dites: «Nous croyons que ce n'est pas en augmentant les cotisations des usagers et en réduisant l'accessibilité aux médicaments que nous réglerons les coûts rattachés à l'assurance médicaments.» Alors, comment est-ce qu'on fait?

D'ailleurs, peut-être, au départ, est-ce une préoccupation pour la Société d'arthrite? Est-ce que l'augmentation des coûts des médicaments est une vraie préoccupation sur laquelle, comme membres de l'Assemblée nationale, on devrait se pencher? Et, si oui, comment est-ce que vous proposez qu'on le fasse?

Le Président (M. Labbé): M. Roberge.

M. Roberge (Louis): Comme membres de la Société d'arthrite, notre rôle, on représente les arthritiques, c'est de s'assurer que vous n'oubliez personne, peu importe le coût, que tous les arthritiques aient accès aux médicaments. Et, quand un nouveau médicament fait son apparition, si un médecin estime que c'est le meilleur pour le patient A, bien, que le patient A puisse l'avoir, peu importe le... Le prix, pour nous, là, il est sans conséquence parce qu'on veut que nos membres, nos patients aient le meilleur médicament possible. Comme j'expliquais tout à l'heure, on ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. Tu sais, à un moment donné, il faut qu'on paie. Alors, si c'est ce que ça coûte, eh bien, on va le payer. Vous savez, c'est ça.

M. Copeman: Avec respect, M. Roberge, vous n'avez pas tout à fait répondu à ma question. Vous dites que «ce n'est pas en augmentant les cotisations des usagers et en réduisant l'accessibilité — là je cite votre propre mémoire — aux médicaments que nous réglerons les coûts rattachés...» Alors, comment est-ce qu'on va régler la question des coûts rattachés à l'assurance médicaments? Puis ce n'est pas une question- piège, là. Est-ce qu'on le

fait par le biais du fonds consolidé? Est-ce que c'est nos impôts, comme Québécois, qui doivent subventionner? Ce qui est un scénario fort possible.

M. Roberge (Louis): Dans les scénarios qui sont proposés ici, si nous devons en favoriser un, nous favoriserions le scénario n° 1, celui où la prime maximale augmenterait de 175 \$ à 300 \$.

M. Copeman: O.K. Mais qui ne touche pas la franchise ni le copaiement.

M. Roberge (Louis): ...O.K.?

M. Copeman: En ce qui concerne, M. le Président, la question de la recherche, je comprends très bien l'importance pour la Société de promouvoir la recherche. Est-ce qu'essentiellement vous nous dites que le statu quo est le régime désirable en ce qui concerne la protection ou la contribution de la recherche au Québec? Est-ce que ça revient au régime d'assurance médicaments de protéger des médicaments brevetés afin d'assurer la recherche et développement ou est-ce que ça revient à d'autres programmes gouvernementaux qui peut-être seront mieux placés pour le faire?

Le Président (M. Labbé): Dr Brown.

M. Brown (Jacques): Je vais répondre à cette question-là. Je crois que oui, effectivement, notre position est très claire, il faut protéger, il faut que le gouvernement du Québec protège la loi du brevet par la règle des 15 ans. Et la raison est très, très simple, c'est que — les intervenants précédents vous ont exposé un peu les bienfaits du générique — il faut, je pense, que les membres de la commission gardent en tête que la grande majorité des compagnies innovatrices dans le domaine pharmaceutique sont sur le sol québécois et la grande majorité des compagnies génériques sont sur le sol ontarien. Et, après ça, on peut comprendre très facilement pourquoi, d'un côté ou de l'autre, il peut y avoir intérêt de la part du gouvernement de garder des partenariats avec ces gens-là.

Et la raison est simple. On a évoqué les différences de prix. Il faut garder aussi en tête qu'une compagnie de génériques qui vend un médicament 30 % ou 35 % moins cher n'a jamais à assumer les coûts de développement de recherche, les milliards de dollars d'investissement. Et, dans le fond, ce qu'on favorise en faisant ça, c'est qu'on favorise le plagiat, ce qui, à mon avis, n'est pas très noble, pour une raison.

Et, si on développait plutôt des partenariats, comme je l'ai suggéré à la ministre Marois, ça me semblerait une façon plus positive de dire: Oui, une compagnie a un produit innovateur, convainquez-nous que ça améliore la qualité des soins de santé qu'on donne à notre population. Et, à mon avis, à ce moment-là, tout le monde est gagnant. Et je crois qu'on peut continuer à investir dans le système ou dans le réseau québécois. Et tout le monde, à ce moment-là, y trouve son profit, le patient, le

gouvernement du Québec, qui assure une meilleure qualité de soins, et également la compagnie pharmaceutique, qui prouve que son médicament a effectivement des effets très francs sur une grande population en améliorant la qualité. Et c'est plus, à mon avis, en ce sens-là. Et je souhaiterais que ce caractère distinct de l'assurance médicaments du Québec reste distinct par rapport aux autres provinces, puisque c'est un élément positif de notre régime québécois.

Le Président (M. Labbé): Alors, nous retenons cette dernière phrase comme étant fort importante. Alors, M. Roberge, Dr Brown, Mme Labonté ainsi que M. Ruel, merci de la qualité de votre présentation.

Alors, sans plus tarder maintenant, j'inviterais la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, j'inviterais, si vous permettez, la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal à bien vouloir prendre place.

Alors, bienvenue aux gens de la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal. Je présume que c'est M. Lebel qui va débiter. C'est ça?

M. Lebel (Patrick): Oui.

Le Président (M. Labbé): Oui. Alors, M. Lebel, je vais vous inviter à présenter les gens qui vous accompagnent. Vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire. Par la suite, de chaque côté de la table, on aura 15 minutes, tant au niveau du côté ministériel que de l'opposition, pour évaluer et regarder avec vous l'ensemble de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, M. Lebel, je vous cède la parole.

Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal (FAECUM)

M. Lebel (Patrick): Merci, M. le Président. M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. les membres de la commission, bonjour. D'abord, évidemment, on tient à vous remercier de nous donner l'opportunité de vous présenter l'état des réflexions des étudiants de l'Université de Montréal quant au régime général d'assurance médicaments.

Je m'appelle Patrick Lebel, je suis secrétaire général de la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal, la FAECUM. Je suis accompagné de M. Antoine Boivin, à ma gauche, qui est président de l'Association étudiante de médecine de l'Université de Montréal; de M. Joël Monzée, à ma droite, qui est président de l'Association de médecine cycles supérieurs de l'Université de Montréal; et de M. François Tremblay, à mon extrême droite, qui est vice-président aux affaires externes de l'Association de pharmacie.

La FAECUM représente plus de 25 000 étudiants regroupés dans près de 75 associations étudiantes sur le campus de l'Université de Montréal. La Fédération s'est toujours impliquée dans tous les débats de société au Québec. Nous avons de tout temps privilégié une approche constructive et pragmatique dans un climat de discussion raisonnable. Ce qui explique notre intérêt dans la révision du régime général d'assurance médicaments, c'est d'abord et avant tout notre conscience sociale. Cet enjeu touche tous les citoyens, dont ceux que nous représentons. De plus, le bassin de gens en formation dans le domaine de la santé à l'Université de Montréal, qui constitue une partie de notre membership, s'est senti directement interpellé par ce sujet. C'est ce qui explique la présence avec moi aujourd'hui des représentants des associations étudiantes de la Faculté de médecine et de la Faculté de pharmacie.

• (16 h 20) •

Mme la vice-présidente, nous n'avons pas l'intention de vous faire ici la lecture de notre mémoire. Nous sommes, à cet égard, persuadés que tous les membres de la commission ont déjà lu notre travail. Nous nous concentrerons donc sur certains points particuliers.

D'abord, il convient de rappeler à quel point l'instauration du régime a été un grand pas vers une plus grande universalité des soins par médicaments au Québec. Plusieurs citoyens ont pu bénéficier d'une plus grande accessibilité aux médicaments grâce à ce programme. Nous croyons maintenant qu'il faut viser plus haut. Nous croyons que la société québécoise, par l'entremise de ses élus et de son Assemblée nationale, doit faire du régime général d'assurance médicaments un projet d'envergure dont le but ultime doit être une accessibilité accrue aux soins par médicaments, et ce, pour tous les citoyens.

En ce sens, nous privilégions l'instauration d'un régime public universel. Ce régime fournirait à tous les citoyens une couverture de base, et ce, peu importe leur âge ou leur statut social. Il permettrait à tout individu d'avoir accès à des médicaments à des coûts raisonnables. Il sauvegarderait les principes essentiels pour nous d'accessibilité et d'universalité.

La question vitale pour tout projet d'envergure est bien évidemment le financement. Dans notre mémoire, nous affirmons à cet égard notre appui à un régime universel sans nous prononcer sur son mode de financement. Nous nous permettons aujourd'hui peut-être d'aller un peu plus loin. Le financement du régime devrait, selon nous, être assuré par une prime imposée à tous les citoyens québécois. Cette prime serait déterminée seulement en fonction du revenu net de chaque individu. Elle serait égale à zéro en dessous d'un certain revenu annuel, par exemple le seuil minimal de revenu, pour ensuite augmenter en fonction du seul revenu.

Les systèmes de coassurance et de franchise devraient toujours exister, selon nous, et ce, pour tous les individus. La coassurance et la franchise seraient, elles aussi, relatives au revenu net de la personne, mais, contrairement à la prime, elles seraient effectives pour tous, peu importe leur revenu. Cependant, le coût total ne dépasserait jamais un certain pourcentage du revenu net des individus.

Un tel système nous semblerait fondamentalement plus près des valeurs sous-tendant le développement de la société québécoise. Nous réaffirmons notre croyance dans les principes d'équité qui guident, par exemple, le régime de l'assurance maladie du Québec. Nous nous positionnons donc en faveur d'une plus grande universalité du régime et d'une disparition des classes de contributeurs.

Au niveau du contrôle des coûts du régime, nous croyons que certaines mesures pourraient être mises en place pour améliorer la situation. À moyen terme, par exemple, nous pensons que l'instauration immédiate d'une méthode de remboursement selon le prix de référence, c'est-à-dire le remboursement du médicament ayant le meilleur rapport coût-efficacité, serait positive pour le régime. De plus, toujours au niveau du contrôle des coûts, nous appuyons sans réserve les cinq nouveaux critères proposés par le ministère quant à l'évaluation des médicaments. Nous tenons particulièrement à affirmer notre appui au critère d'impact économique net, qui prend en considération l'ensemble du réseau de la santé, et au critère de valeur sociétale, qui introduit un élément de subjectivité bienvenu qui peut servir de garde-fou, à certains égards.

Il faut cependant reconnaître qu'une plus grande accessibilité est moins intéressante dans un contexte de mauvaise utilisation des médicaments. Nous voulons donc, M. le Président, nous prononcer sur l'utilisation qui est actuellement faite des médicaments. Nous tenons à souligner certains problèmes qui existent présentement et qui font en sorte que la société assume un coût inutile. En effet, la mauvaise utilisation de médicaments a des incidences réelles sur les coûts de santé globaux au Québec. Cette mauvaise utilisation est due à plusieurs facteurs, dont notamment l'accent mis sur la productivité dans le système de santé et les méthodes de rémunération des professionnels de la santé. En ce sens, nous privilégions une plus grande sensibilisation de l'ensemble de la population à une utilisation pondérée des médicaments. Il faut éduquer les Québécoises et les Québécois pour faire en sorte que les médicaments appropriés soient utilisés par ceux qui en ont réellement besoin.

Enfin, nous insistons sur l'importance d'améliorer la formation de base des professionnels de la santé au sujet de l'utilisation des médicaments. Les institutions universitaires doivent améliorer leur cursus à cet égard. De plus, en raison du développement très rapide des connaissances dans le domaine des médicaments, il est impératif, selon nous, d'accentuer la formation continue des spécialistes de la santé. Le contenu de cette formation continue doit être décidé par des entités autonomes et impartiales. Les meilleures institutions pour assumer une telle mission sont les universités.

Pour parler de notre cas précis, nous savons qu'il serait tout à fait possible pour l'Université de Montréal de mettre en place un programme de formation continue impartial qui ferait en sorte que les nouveaux développements en pharmacologie seraient analysés par des scientifiques indépendants et non par les laboratoires des compagnies de médicaments.

En terminant, M. le Président, nous tenons à réaffirmer notre volonté de voir le Québec se doter d'un régime d'assurance médicaments universel. Nous croyons qu'il s'agit là de l'évolution naturelle du régime actuel qui a démontré l'importance d'une implication de l'État dans ce domaine. Il faut appliquer à ce régime la même logique que celle qui prévaut dans les autres secteurs de la santé et viser la complète intégration du régime général d'assurance médicaments au réseau de la santé. Nous sommes maintenant prêts, M. le Président, à répondre aux questions des membres de la commission.

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

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Je veux vous féliciter pour la qualité de votre mémoire et la référence à ce qui fait notre différence aussi, comme peuple, et c'est doux à mes oreilles que de l'entendre. Comme vous voyez, j'ai lu au complet votre mémoire. Il y a peut-être une petite correction que je ferais cependant sur la question du 15 ans. Je pense qu'il y a une interprétation incorrecte qui est faite dans votre mémoire. Je vous explique pourquoi. Et j'ai fait vérifier tout le processus puis j'aimerais peut-être vous le mentionner juste pour qu'on parte sur de bonnes bases.

D'abord, on sait que le médicament doit d'abord avoir l'avis de conformité de la part de la Direction des produits thérapeutiques, à Santé Canada. Ça, c'est la première étape qui doit être franchie. Après cette étape, le médicament peut être inscrit évidemment sur la liste du gouvernement du Québec ou de la RAMQ, et là ça demande une évaluation évidemment du Conseil consultatif. La loi C-91, donc, sur les brevets, la loi canadienne, prévoit ou assure une protection de 20 ans. Maintenant, supposons qu'un médicament subit les études précliniques et cliniques qui ont duré 10 ans. Donc, après l'avis de conformité de la part de Santé Canada, la protection qui resterait serait de 10 ans. Et, donc, on assure 20 ans mais incluant les études précliniques et cliniques de 10 ans. Alors donc, lorsque le Québec, lui, assure la protection du médicament après son inscription pendant 15 ans, il part du 10 ans de la protection fédérale, plus un cinq ans qui s'ajoute. Donc, il n'additionne pas le 15 et le 20. Il part d'abord de ce qui reste à couvrir, si on veut, par l'obtention du brevet fédéral du 20 ans. S'il y a 10 ans qui a été couvert déjà, il ajoute cinq ans pour qu'au total ça fasse 15 ans.

Moi-même, je dois dire, j'ai eu un peu de difficultés au début, quand j'ai abordé l'étude de toutes ces règles, que j'avais suivies de plus loin. Évidemment, c'est un peu normal, quand on n'est pas au premier chef responsable. Mais, quand on le devient, on devient un peu sensible à des choses plus techniques comme celles-là.

Bon. Je veux revenir — vous faites des propositions assez fermes, dans certains cas — sur votre proposition de fond quant à la question du financement. Puis je reviendrai, après ça, sur d'autres aspects qui concernent la qualité, l'utilisation du médicament, etc. Vous

recommandez que la prime soit fixée en fonction du seul revenu de l'individu, quel que soit son statut social ou sa source de revenu, hein. On se comprend bien.

J'écoutais votre présentation, et vous nous dites aussi qu'il y aurait toujours une franchise et une coassurance. Bon, on se comprend, je veux que vous me confirmiez ça si c'est le cas. Est-ce que vous croyez qu'on devrait envisager une contribution des employeurs? Parce que le régime privé, actuellement, compte, dans un bon nombre de cas, sur des contributions d'employeurs.

Et par ailleurs une autre question qui, elle, est un petit peu plus sensible, peut-être, pour vous. Quand vous dites que la prime soit fixée en fonction du seul revenu de l'individu quel que soit son statut social ou son revenu, imaginons un étudiant — ça arrive — qui a 21 ou 22 ans, qui a une bourse ou qui a un revenu, hein, parce qu'on sait qu'il y a des gens qui, tout en étudiant, vont chercher des revenus, est-ce que, à ce moment-là, il devrait aussi contribuer comme un autre citoyen? Parce que, par ailleurs, vous dites dans votre mémoire: Dépassé 25 ans, c'est un peu injuste, quand on est encore étudiant. Alors, je vous écoute sur ces questions.

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): Oui, M. le Président. D'abord, sur le 15 ans, on est parfaitement conscients et on s'en excuse auprès des membres de la commission, de l'erreur d'interprétation qu'il y a eu — des problèmes de communication, je vous dirais, entre la rédaction et le groupe de travail. Mais, sur le 15 ans, peut-être, je céderais la parole à M. Monzée, qui aurait peut-être des précisions sur notre position à cet égard-là, compte tenu de la révision qu'on a faite.

Le Président (M. Labbé): M. Monzée.

M. Monzée (Joël): Merci beaucoup, M. le Président. En fait, si on peut s'inscrire dans la logique de la diminution des coûts pour une assurance médicaments, il serait probablement logique de supprimer ce 15 ans qui est accordé, même si on sait que c'est, en fait, grosso modo, cinq ans que l'on rajoute aux compagnies.

D'un autre côté, si l'on s'inscrit dans une logique de création d'emplois, de favoriser la venue de sociétés biopharmaceutiques ici, au Québec, ça devient un atout qui a fait partie d'un «package deal» — les intérêts — qui a fait de Montréal une des villes les plus importantes au niveau de cette recherche-là.

Mme Marois: Oui, exactement.

● (16 h 30) ●

M. Monzée (Joël): Mais, d'un autre côté, cet avantage que l'on accorde aux entreprises, ce n'est peut-être pas au système de santé de le prendre en charge. Et c'est ça qui fait qu'on est un peu mal à l'aise par rapport à ça. Oui, c'est important de le maintenir, oui, c'est important de le garder. D'un autre côté, ce n'est probablement pas à votre ministère de le prendre en charge, et

c'est ça qui fait qu'on est un peu mal à l'aise par rapport à ça. Oui, c'est important de le maintenir, oui, c'est important de le garder. D'un autre côté, ce n'est probablement pas à votre ministère de le prendre en charge.

Mme Marois: Oui, ça clarifie votre position là-dessus.

M. Monzée (Joël): Oui. Et puis une deuxième petite chose, si je peux me le permettre, ce dont on avait un peu peur, c'est peut-être que le 15 ans, qui est accordé actuellement, est accordé à toutes les compagnies pharmaceutiques, quel que soit leur investissement en recherche et développement au Québec. Il serait peut-être important de vérifier que les compagnies qui n'investissent pas en recherche et développement au Québec ne puissent plus bénéficier éventuellement de cet avantage fiscal. Merci.

Mme Marois: D'accord.

Le Président (M. Labbé): M. Lebel, en complémentaire, je pense.

M. Lebel (Patrick): Bien, en fait, c'est pour répondre aux deux autres parties de la question, M. le Président. Concernant la contribution des employeurs au financement du régime, on n'est pas en mesure, on n'a pas les moyens de faire des projections actuarielles de: Comment ça coûterait le régime? Cependant, la vision qu'on en a, c'est que l'État assure une protection minimale, en fait une protection de base, je dirais plutôt, au niveau des médicaments. Donc, ça laisserait la possibilité, tout comme dans d'autres régimes d'assurance, dans d'autres domaines d'assurance, à l'employeur de créer des régimes complémentaires à cette protection de base là. Et là on pourrait y voir une contribution de l'employeur. Voilà, ça résume rapidement.

En ce qui concerne le statut d'étudiant également, M. le Président, à cet égard-là, on a lu les transcriptions de la dernière semaine de comparutions que vous avez vécue et on a vu qu'il y avait beaucoup de gens qui avaient beaucoup d'intérêts à défendre. On essaie de se retirer de tout corporatisme. Ce n'est pas toujours facile, et ce qu'on vous dit, c'est que: Non, on n'en veut pas de statut spécial pour les étudiants. Nous, ce qu'on dit: Un seul critère pour déterminer la contribution des individus, des citoyens au régime, c'est leur revenu net.

Mme Marois: Peu importe la source de ce revenu.

M. Lebel (Patrick): Peu importe leur statut, qu'ils soient assistés sociaux, qu'ils soient étudiants, qu'ils soient retraités, la seule partie qui nous intéresserait, qui nous concerne vraiment, c'est le revenu. Puis peut-être M. Boivin, si ça ne vous dérange pas, M. le Président...

Le Président (M. Labbé): M. Boivin, si vous permettez.

M. Boivin (Antoine): Peut-être qu'on s'entend là évidemment dans les mesures qu'on proposait là de ne pas dépasser un certain pourcentage de ce revenu net là de disponible, peu important les sources, ce qui n'est pas tout à fait le cas actuellement, là, dépendant de la catégorie dont on fait partie, là, le pourcentage de contributions maximales, dépendant du statut qu'on a par rapport au revenu disponible, est différent d'une personne à l'autre. Donc, nous, ce qu'on dit: C'est une répartition équitable du financement.

Mme Marois: D'accord. Non, je pense que ça répond bien aux questions que je soulevais. Vous revenez sur la question des critères, là, pour inclure des... On dit: On tient à affirmer notre satisfaction à l'égard de l'inclusion des critères 4 et 5, soit l'impact économique net et les valeurs sociétales. Ça se retrouve, ça, dans le rapport Doucet, justement, sur lequel on s'est appuyé pour proposer, en tout cas, une discussion de cela.

Il y a eu cependant des commentaires qui nous sont venus d'autres intervenants ici, d'autres groupes qui ont dit craindre un peu, justement, la question de l'impact économique net. Et, moi, je ne le crains pas dans le sens où on sait que, si on investit dans certains médicaments, enfin, si on choisit de soigner la personne par des médicaments qui peuvent parfois être coûteux, on évite d'autres événements tout à fait indésirables, et tout le reste, surtout justement si on le couple, ce critère-là, à d'autres aspects qui sont soulevés pour évaluer les médicaments. Cependant, sur la question des valeurs sociétales, moi, j'aimerais vous entendre sur la façon dont vous interprétez cela. Bon, parce qu'évidemment on l'a dans nos documents, on l'a dans le rapport Doucet, et certains disent, bon: C'est un peu vague ou ce n'est pas suffisamment clair ce que ça peut signifier. Vous, vous mentionnez formellement... ce sont deux critères qui vous apparaissent particulièrement intéressants. Pouvez-vous nous en parler un petit peu plus longuement? Avez-vous réfléchi à ces questions-là?

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): Oui, M. le Président, tout à fait. Effectivement, le cinquième critère, celui des valeurs sociétales, nous apparaît très important parce que, pour évaluer ce médicament, il devrait être inscrit sur la liste de remboursement. Il n'y a pas, selon nous, que sa seule valeur scientifique qui est à considérer. La molécule en question, quel impact a-t-elle sur l'organisme? Ce n'est pas la seule chose qu'on doit prendre en compte. À cet égard-là, si j'avais à prendre un exemple, puis je ne veux pas faire sourire personne, mais, si on avait à le concrétiser, il y a des choix de société qui devraient s'exprimer justement dans ces choix-là. Par exemple, le Viagra, c'est un médicament qui fonctionne scientifiquement très bien, mais est-ce que, comme société, on voudrait dans un régime universel public, l'inscrire sur une liste de médicaments remboursés par l'État? Nous ne le croyons pas.

Mme Marois: Nous ne l'avons pas fait d'ailleurs, justement.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lebel (Patrick): Non, mais c'est ce qu'on voulait signifier, souligner par l'introduction d'un tel critère qui prend en considération l'évolution puis l'état de la société, M. le Président. Je ne sais pas si un de mes collègues... Oui, M. Boivin, s'il vous plaît.

Le Président (M. Labbé): M. Boivin.

M. Boivin (Antoine): Puisque la commission...

Mme Marois: Soit dit en passant — ça m'intéresse — est-ce que vous êtes étudiants dans des facultés liées à la médecine ou à la pharmacie?

M. Tremblay (François): En pharmacie, oui.

M. Lebel (Patrick): M. Tremblay est vice-président en Faculté de pharmacie; M. Monzée est président de l'Association de médecine cycles sups; puis M. Boivin est président de l'Association de médecine UdeM. Donc, c'est mes experts.

Mme Marois: Donc, ce qui explique que vous soyez si bien documentés. C'est bon, c'est intéressant. On continue.

Le Président (M. Labbé): Et, vous, vous êtes seulement le secrétaire général.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lebel (Patrick): C'est ça, M. le Président.

Mme Marois: C'est bon. Ça prend des politiques à ce niveau-là aussi, voyons donc!

M. Lebel (Patrick): Ça a l'air.

M. Monzée (Joël): Il n'est pas si éloigné, il est comme physicien.

Mme Marois: On en a besoin justement en oncologie.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Boivin, la parole est à vous.

M. Boivin (Antoine): En fait, comme la commission semble se pencher plus spécifiquement sur le financement à long terme du système, je dois vous dire que l'inclusion de valeurs sociétales, en fait, nous semble essentielle. Tantôt, on parlait de courage. Au fond, quand on évalue le système d'une manière très mathématique, on a l'impression que c'est un monstre ou une espèce de

cancer qui croît, dont on peut prévoir l'évolution inéluctable, 15 % par année, etc. Il me semble qu'on oublie, puis je n'aimerais pas que la commission ferme les yeux sur le fait que le fait d'accepter ou non le remboursement d'un médicament, c'est un choix de société et c'est la seule mesure qui, au fond, à long terme, va nous permettre d'assurer la viabilité du système. On pourra parler de prix le plus bas, de formules de financement, etc. À long terme, il va falloir avoir le courage aussi, comme société, de se poser la question: Quelle est la place du médicament dans la société et quelle est la place du médicament dans le système de santé? Et en ce sens-là, c'est pour ça qu'on aimerait passer le message de l'intégration de la réflexion du régime d'assurance médicaments dans celle du système de santé.

Mme Marois: Je pense que c'est très intéressant. C'est une des perspectives vers lesquelles on tend, et évidemment ça va de soi pour faire en sorte qu'on ait une vision un peu plus intégrée puis qu'on sache, lorsqu'on fait des choix, quels sont les impacts que ça aura sur l'ensemble de l'amélioration des services et des soins à donner. Je vais revenir, M. le Président, s'il me reste un peu de temps.

Le Président (M. Labbé): Merci, Mme la ministre. Je cède maintenant la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, M. le Président. Bienvenue à vous, et merci pour votre présentation et votre mémoire. Vous parlez d'un régime public universel, je pense, comme idéal à mettre en place. Ça serait un régime de base qui pourrait quand même être complété par des régimes privés d'employeurs. Est-ce que vous pourriez peut-être élaborer là-dessus? Je pense que vous y avez fait brièvement allusion tout à l'heure, mais j'aimerais vous entendre à cet égard-là.

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): Oui, M. le Président. En fait, le meilleur exemple qu'on peut citer, c'est le nôtre à la Fédération. Disons que, nous, pour le régime de santé, pour le RAMQ, on a instauré, nous, un régime complémentaire pour les étudiants, une assurance collective qui se veut donc complémentaire. Donc, même s'il y a une couverture de base, on y voit la place pour des assureurs privés, pour une couverture complémentaire. Donc, oui, pour le régime d'assurance médicaments, ce serait le même principe qu'on verrait, c'est-à-dire une couverture de base fournie par l'État, mais la possibilité et en fait l'encouragement à le faire pour les assureurs privés à fournir une couverture complémentaire.

C'est sûr que ça va leur demander un réajustement de leurs services en assurance, on en est conscient, c'est une évidence. Mais, tout comme ils ont très bien survécu à l'instauration du RAMQ, on présume qu'ils peuvent très bien survivre à l'instauration d'un régime d'assurance médicaments universel.

M. Boivin (Antoine): Peut-être en complémentaire...

Le Président (M. Labbé): M. Boivin.

M. Boivin (Antoine): Oui, M. le Président, je n'aimerais pas qu'on parte non plus avec l'impression que la chose à laquelle on tient mordicus, c'est le fait que le régime devienne public. Ce qui est essentiel pour nous, c'est le partage des risques et des coûts sur l'ensemble de la population. Le rôle du privé... Puis actuellement, dans l'instauration du régime depuis 1996, on a vu que le privé a joué un rôle intéressant et on a l'impression qu'il y a quelque chose à faire avec ça. La couverture universelle sur des soins qu'on considère essentiels, c'est quelque chose qui est fondamental pour nous, et le partage des risques, donc aller plus loin dans le principe de mutualisation et qu'on a essayé d'assumer dans le régime public et auprès des personnes âgées, des gens sur l'assistance emploi, de le généraliser à l'ensemble des adhérents au système d'assurance médicaments.

M. Lebel (Patrick): Si vous me permettez, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): Rapidement.

● (16 h 40) ●

M. Lebel (Patrick): Oui, rapidement. Simplement pour dire que, dans le régime public universel, l'emphase, on la met sur «universel» beaucoup plus que sur «public». C'est ce à quoi on faisait référence dans notre mémoire quand on disait à la toute fin qu'on était avec les deux propositions, 5 et 7, qu'on hésitait. On a fait un choix de société qui est celui de la proposition 7, mais c'est beaucoup plus un régime universel qui nous intéresse qu'un régime public. Je ne sais pas si c'est clair, mais...

M. Marcoux: Maintenant, si, par hypothèse, cette solution 7, ou cette proposition, n'était pas retenue, parmi d'autres hypothèses que vous avez examinées, est-ce qu'il y en a que vous privilégiez?

M. Lebel (Patrick): En fait, je viens un peu de vous le dire, là. On n'aurait aucun problème à vivre avec l'idée d'un régime universel mais tenu par le privé. Donc, ça ressemble beaucoup plus, bien que ça ne soit pas exactement pareil, à la solution 5 du document *Pistes de révision*. Mais, pour nous, la caractéristique fondamentale d'un régime doit être l'universalité et, comme le disait M. Boivin, le partage des risques et des coûts dans l'ensemble de la population québécoise.

Le Président (M. Labbé): M. Boivin.

M. Boivin (Antoine): Peut-être aussi noter que, dans le fond, les modifications aux primes, à la co-assurance, etc., pour nous, ça ne serait pas suffisant. Il faudrait avoir d'autres mesures. Actuellement, puis ça a été souligné dans le document de révision, il semble y

avoir à moyen terme un risque de glissement aussi des assurés privés vers le public, qui fait que les gens sur le Fonds de l'assurance médicaments consomment davantage de médicaments, sont des gens plus à risque et aussi ont également des revenus qui sont moins stables, qui sont des facteurs à ne pas négliger. En ce sens-là, cette population-là, il nous semble essentiel que les risques accrus qu'elle a à consommer des médicaments, la diminution de capacité à l'assumer soit partagée par l'ensemble des gens qui vont bénéficier de cette couverture de base là universelle.

Le Président (M. Labbé): Je passe maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, et merci beaucoup pour votre présentation cet après-midi. Je voudrais vous entendre un peu plus... Peut-être une petite clarification sur la clarification de la ministre sur la règle de 15 ans. On doit juste se rappeler tout le monde qu'après 20 ans il n'y a aucune exclusivité. Après ça, effectivement, il y a une protection un peu plus longue, comme la ministre a expliqué, mais un générique peut entrer sur le marché le lendemain après le brevet. Je pense que c'est assez important d'expliquer cette règle qui est effectivement un avantage québécois que nous avons établi juste au Québec.

Mais je voudrais vous entendre sur votre... et je pense que c'est M. Boivin qui a mentionné ça, c'est le choix de société. Peut-être que vous avez tout dit ça, la liste, inscrit ou inscrit pas, c'est un choix de société. Vous avez vous-même mentionné l'exemple du Viagra; c'est votre choix. J'ai le dernier hôpital des anciens combattants chez moi, dans mon comté, et le fédéral, sur un autre programme, pas le programme québécois, a décidé de rendre ça disponible pour eux. Moi-même, j'ai fait une bataille féroce avec ce gouvernement d'inscrire les médicaments pour l'Alzheimer, mais jusqu'à date ça a été refusé. Juste avant Noël, nous avons fait une bataille pour un autre médicament pour l'ostéoporose. Finalement, le gouvernement a décidé de lister ça juste sur la liste des médicaments d'exception. Avec ça, voilà trois choix de société, un peu comme vous avez nommé. Avec ça, c'était assez important, et c'est assez important, nos décisions. Je voudrais vous entendre un peu plus: Comment nous allons prendre cette décision? J'ai mon jugement, vous avez le vôtre, la ministre a le sien. Comment on peut aller plus loin, être... Oui, effectivement, c'est un jugement, c'est un choix de société, mais comment on peut être plus transparent avec cette décision?

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): M. le Président, je m'étais dit que je ne prendrais pas d'exemple précis, puis j'ai glissé, c'est des choses qui arrivent. Ceci étant dit, le critère de valeur sociétale dont on parle, nous, en fait, c'est, si vous me permettez un anglicisme, l'input d'autres considérations que les faits purement scientifiques dans le choix de l'inscription d'un médicament sur une liste. On

n'a pas creusé la réflexion. Je ne peux pas vous dire si on dirait qu'un médicament sur l'ostéoporose devrait être inscrit ou non. On ne s'est pas rendu jusque-là. Ce dont on est content, c'est l'inclusion d'un tel critère, un critère qui va prendre en compte d'autres attentes que la seule molécule et son effet dans l'organisme, dans la décision d'inscrire ou non un médicament sur la liste.

Le Président (M. Labbé): M. Boivin.

M. Boivin (Antoine): J'ai lu un peu dans les journaux, M. le Président, de quoi on parle à cette commission-là. Et je vais vous dire que, quand on dit autour de nous qu'on va aller présenter un mémoire, qu'on est très stressé d'aller à l'Assemblée nationale, les gens nous demandent: Au fond, qu'est-ce qui se passe, quel est l'enjeu, comme si l'assurance médicaments, c'était une politique comme les autres puis, au fond, qu'il n'y avait pas vraiment de choix de valeurs. Je pense que la première chose qu'il va falloir faire, c'est ouvrir la soupe, là, ouvrir la boîte de Pandore ou celle qu'on ne veut pas ouvrir et dire: Il faut faire des choix. Pas dire non plus qu'il va y avoir des solutions magiques. Et ce n'est, il me semble, que de ça qu'on parle dans les journaux. Et dire que c'est, au fond, toute la population qui va être amenée à réfléchir sur ça: Quels médicaments? Quel outil? Jusqu'où on est prêt à payer pour des médicaments en fonction de leurs bénéfices, de leurs coûts, leurs effets secondaires, etc.?

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): Puisqu'on parle de plus grands principes, aussi considérer l'impact des choix qu'on fait au niveau des médicaments sur l'ensemble du système de santé. Des transcriptions qu'on a eues de la commission, de ce qui est paru de certains groupes, ça ne nous semblait pas assez évident, ça ne semblait pas être assez dit. C'est important de le voir dans une gestion globale du réseau de la santé parce que, quand on traite par voie médicamenteuse, ça a des impacts ailleurs, puis, quand on ne le fait pas, ça a aussi des impacts ailleurs. Dans le cadre du virage ambulatoire, c'est d'autant plus important.

M. Williams: Et l'impact, pas juste dans le réseau de santé, mais dans la vie quotidienne.

M. Lebel (Patrick): Tout à fait.

M. Williams: O.K. Merci.

M. Lebel (Patrick): La société, oui.

Le Président (M. Labbé): D'accord. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Je vais ajouter à votre stress.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Ça devrait être correct.

Le Président (M. Labbé): M. le député, ils contrôlaient très bien leur stress jusqu'au moment où vous arriviez.

M. Copeman: Quand vous parlez de la philosophie qui sous-tend votre proposition, ça m'intrigue beaucoup. Et vous avez commencé, dans vos considérations générales, par le besoin d'assurer une certaine harmonie ou complémentarité de nos divers programmes dans la santé. On a l'assurance maladie, l'assurance hospitalisation puis l'assurance médicaments. De ces trois programmes-là, vous proposez, si j'ai bien compris, pour l'assurance médicaments, un genre de prime. C'est ça que vous reprenez. Que ce soit universel, mais qu'il y ait une prime.

Je vous demande simplement: Si on accepte, comme société, qu'on finance l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie par nos impôts des particuliers, à partir du fonds consolidé, incluant une contribution des employeurs pour l'assurance médicaments, pourquoi est-ce qu'on aurait besoin d'aller chercher une prime? Est-ce que notre régime d'imposition, par la voie du fonds consolidé, n'est pas assez redistributif et progressif pour nous permettre de financer l'assurance médicaments sans aller chercher un élément complémentaire, qui est la prime?

M. Lebel (Patrick): Oui.

M. Copeman: Pourquoi ne pas utiliser simplement le fonds consolidé?

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): Oui. Je vais répondre, M. le Président, mais j'imagine que la question qu'on a tout de suite après, c'est... on va me parler du fait que le Québec est un des États les plus taxés, les plus imposés en Amérique du Nord.

M. Williams: Oui. On dit ça souvent, ici. Ah oui, vous avez raison.

M. Lebel (Patrick): Ceci étant dit, le terme «prime», quand on l'utilise, on aurait peut-être dû choisir un autre terme parce qu'on n'est pas ferme sur la nécessité que ce soit une prime à chaque individu. Ce que je veux dire, c'est que ça pourrait très bien passer par les impôts, par un 0,5 %. En fait, je ne dirai pas de chiffre, parce que j'en n'ai aucune idée.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lebel (Patrick): Je vais me le faire répondre encore, mais ça pourrait très bien passer...

M. Copeman: De votre bouche aux oreilles de M. Landry, n'est-ce pas?

M. Lebel (Patrick): ...là, par une autre forme, un autre moyen, une autre méthode fiscale, dans la mesure où tous les citoyens participent et partagent des risques, là. Peut-être, M. Monzée.

M. Monzée (Joël): Oui, rapidement, si vous ne le permettez, M. le Président, je crois qu'il y a un changement, un peu, de paradigme, ces dernières années. Avec le virage ambulatoire, on s'est retrouvé devant de nouvelles situations qui n'étaient pas prises en compte précédemment. Il y a quelques années, une personne qui était malade était hospitalisée pendant 10, 12 jours, et, à ce moment-là, le système de santé traditionnel prenait tout en charge, y compris les médicaments qui étaient consommés dans les hôpitaux. Maintenant, avec le virage ambulatoire et le retour à domicile très rapide d'une majorité de patients, on se retrouve avec des patients qui doivent payer leurs médicaments chez eux. Si on accentue ce virage ambulatoire, ce problème va se faire de plus en plus. Mais d'un autre côté, c'est une protection que l'on assurait aux patients avant ce fameux virage ambulatoire. Donc, tout à l'heure, quand on parlait, comment dire, de questions de société, il faut se poser des questions. C'est vrai qu'un patient qui n'est plus à l'hôpital peut-être guérir plus vite, va pouvoir arriver à avoir moins de coûts au niveau du système de santé général, mais d'un autre côté, les médicaments qu'avant il consommait à l'intérieur de l'hôpital et qui lui étaient donnés gratuitement, maintenant, il doit les payer. Est-ce que ce n'est pas le régime général éventuellement, quitte à avoir une modification à ce régime, qui devrait prendre en charge cette partie-là de la thérapie face à la maladie?

• (16 h 50) •

M. Copeman: J'aime mieux vos dires que vos paroles écrites.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Alors, s'il n'y a pas d'autres interventions, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Il me reste quelques minutes à peine. Il y a eu des discussions jusqu'à maintenant, puis j'aborde une question qui est assez lourde. Il y a eu beaucoup de discussions autour de la question du prix de référence, et dans votre mémoire, vous, vous appuyez une orientation comme celle-là. Ceux qui se sont opposés ont dit que c'était la complexité de la mise en place d'une telle approche.

L'autre aspect, c'est qu'on nous a souligné le fait que, une fois qu'on aura établi dans une catégorie x de médicaments le prix de référence pour l'un de ces médicaments, ça risquait peut-être d'introduire un biais dans le régime qui amènerait des gens plus fortunés à pouvoir, eux, se payer la différence entre le prix de référence et un autre médicament proposé. Enfin, ces difficultés-là nous sont soulevées. On va voir tout à l'heure le CRUM, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, qui nous

dit que ça doit être assorti d'une autre démarche. Avez-vous quelques commentaires à me faire sur cela?

Le Président (M. Labbé): M. Lebel.

M. Lebel (Patrick): M. le Président, je crois comprendre qu'on aborde le sujet du système à deux vitesses, peut-être, là, la possibilité à tout le moins que ça devienne une réalité.

Mme Marois: Oui.

M. Lebel (Patrick): Ce qu'on s'est dit à ce niveau-là que, dans la vraie vie, de façon très pragmatique, ça va être presque impossible de ne pas avoir de système à deux vitesses, à moins d'imposer le médicament le plus bas. Et dans ce sens-là, ce que, nous, on privilégie, c'est la recherche du meilleur consensus. Et le meilleur rapport coût-efficacité nous semble une bonne façon d'exprimer ce consensus-là. C'est pourquoi on s'est prononcé en faveur du prix de référence. Encore là, ça sort tout droit de la ligne de pensée qu'on a suivie dans ce dossier-là.

Mme Marois: Alors, je veux vous remercier non seulement pour la qualité du mémoire écrit, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: ...mais aussi pour la qualité des propos que vous avez tenus cet après-midi, de l'éclairage que vous nous avez apporté. Merci beaucoup pour votre contribution.

Le Président (M. Labbé): Et j'en profiterais pour ajouter un commentaire en vous disant que, si la relève vous ressemble, elle est rassurante et prometteuse.

Mme Marois: On est rassuré pour l'avenir.

Une voix: Merci, M. le Président. Au revoir!

Le Président (M. Labbé): Merci, messieurs. J'inviterais sans plus tarder le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, s'il vous plaît, à bien vouloir prendre place. Alors, je vous invite à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, nous allons recevoir maintenant d'autres jeunes. Alors, bienvenue au Comité de revue sur l'utilisation des médicaments. Alors, je pense que nous sommes en présence de Mme Michelle Lussier et de Mme Danielle Doyon, c'est bien ça? Alors, Mme Lussier, je présume que c'est vous qui allez débiter. Alors, sans plus tarder, je vous cède donc la parole en vous disant que vous avez 15 minutes pour présenter votre

mémoire, et, par la suite, nous aurons de chaque côté 15 minutes pour réagir à la présentation de votre mémoire. La parole est à vous, madame.

Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM)

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Merci. Vous avez raison de soulever, M. le Président, qu'on est jeune, parce qu'on a trois ans d'existence à peine.

Le Président (M. Labbé): Ha, ha, ha!

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Bon, bien, M. le Président, Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux, mesdames, messieurs membres de cette commission, je vous remercie de l'opportunité qui est donnée au Comité de revue de l'utilisation des médicaments de présenter son point de vue sur la révision du régime général d'assurance médicaments.

Alors, je suis omnipraticienne, présidente de ce comité qu'on appelle aussi le Comité RUM, et je suis accompagnée de Mme Doyon, qui est membre désignée par la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui assume le rôle de responsable administrative en soutien aux activités du Comité RUM.

Alors, à l'instar de plusieurs intervenants, le Comité RUM tient à souligner tout d'abord l'importance de ne pas augmenter la contribution financière des personnes à faibles revenus, qu'elles soient assurées par le secteur public ou le secteur privé, afin d'éviter l'impact négatif qu'il pourrait y avoir sur leur état de santé. Par contre, le comité croit qu'il n'a pas toute l'expertise pour formuler des recommandations plus précises à ce sujet, et c'est pourquoi il a jugé bon de concentrer ses efforts sur l'objet de son mandat, à savoir l'utilisation adéquate des médicaments.

Pour accomplir son mandat, le comité réalise ce qu'on appelle des activités de revue d'utilisation des médicaments. Ces revues se font à partir de critères de bon usage, déterminés par des experts qui sont reconnus par les milieux pharmaceutique et médical. Par la suite, ces critères sont confrontés aux données d'utilisation disponibles, et l'analyse des résultats conduit à l'appréciation de l'utilisation des médicaments étudiés. Lorsqu'il existe des écarts entre l'usage attendu et l'usage observé, vous comprendrez qu'il est important d'identifier les causes de ces écarts, et des actions doivent être mises en place pour corriger cette situation. À cet effet, le Comité RUM propose des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer à la fois la prescription et la dispensation des médicaments en collaboration, entre autres, avec les ordres professionnels et le Conseil consultatif de pharmacologie. Le Comité RUM peut aussi émettre des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments aux intervenants impliqués.

Enfin, la réalisation du mandat de ce comité présuppose que des liens soient établis entre,

premièrement, les organismes qui subventionnent la recherche, comme, par exemple, le Fonds de la recherche en santé du Québec, deuxièmement, les organismes qui détiennent les données sur l'utilisation des médicaments, telle la Régie de l'assurance maladie du Québec, et, troisièmement, avec les organismes qui peuvent être mis à contribution pour corriger les situations d'utilisation non optimale des médicaments, tels que les ordres et les associations professionnelles des médecins et des pharmaciens, et ce, bien sûr sans compter l'interaction que le comité doit au premier chef établir avec les professionnels de la santé. Ainsi, les membres du Comité RUM désirent vous transmettre, d'une part, les recommandations qu'il croit pertinentes pour l'amélioration de l'utilisation des médicaments et, d'autre part, les commentaires sur certains moyens inscrits dans le document intitulé *Les pistes de révision* pouvant contribuer à assurer la maîtrise de la croissance des coûts de ce régime.

Rappelons brièvement cinq moyens indispensables à la réalisation d'un mandat d'un comité de revue d'utilisation des médicaments. Premièrement, le comité doit avoir accès, dans le cadre de ces études, à de l'information thérapeutique des prescripteurs, ce qui permet d'évaluer avec plus de justesse l'usage des médicaments. En effet, après avoir effectué deux revues d'utilisation des médicaments à l'aide des bases de données de la RAMQ, le comité doit reconnaître les limites qui y sont reliées, dont la plus importante est l'absence de renseignements précis sur l'indication de traitements, appelée aussi intention thérapeutique. En d'autres mots, l'intention thérapeutique, c'est le but poursuivi par le médecin lorsqu'il rédige une ordonnance. À titre d'exemple, un même antibiotique peut être utilisé dans le traitement de plusieurs maladies, comme une infection urinaire, une sinusite, un ulcère d'estomac. Mais dans ces trois situations, le même antibiotique peut être utilisé à des dosages différents et les durées de traitement peuvent être différentes. Alors, si on veut apprécier l'utilisation de cet antibiotique, il faut donc connaître l'intention thérapeutique du prescripteur.

Un autre exemple repose sur l'utilisation d'un même médicament pour traiter des pathologies très différentes. Par exemple, un antidépresseur peut être prescrit bien sûr pour traiter une dépression, mais aussi pour le traitement de la douleur. Vous comprendrez donc qu'il est de première importance de connaître l'intention thérapeutique associée à la prescription d'un médicament, si on veut, d'une part, améliorer la qualité des études sur l'utilisation des médicaments et, d'autre part, rétroagir adéquatement auprès des professionnels de la santé. Cette approche pourrait aussi être utilisée dans certains cas pour alléger les procédures administratives relatives aux demandes d'autorisation des médicaments d'exception, ce qui pourrait constituer, à mon avis, une condition gagnante quant à son acceptation auprès des médecins et des patients.

● (17 heures) ●

Deuxièmement, afin de pouvoir initier des interventions formatives et autorégulatrices auprès des

professionnels de la santé à la suite de ces études, le comité doit avoir accès entre autres à des profils d'utilisation des médicaments afin de sensibiliser le pharmacien et le médecin à sa pratique réelle. À titre d'exemple, le Collège des médecins a réalisé un projet de recherche visant à changer le comportement des médecins suite à la prescription de benzodiazépine, qui est un médicament qui est utilisé dans le traitement de l'anxiété. Et les médecins qui ont été ciblés ont immédiatement réclamé leur profil d'utilisation, ne pouvant concevoir qu'ils s'écartaient des règles reconnues pour l'usage de ces médicaments. Cette approche autorégulatrice permet donc aux professionnels de se corriger eux-mêmes sans qu'ils se sentent menacés. Par conséquent, la révision de la Loi sur l'assurance-médicaments doit permettre l'accès à des profils d'utilisation au Comité RUM.

Troisièmement, le Comité RUM doit sensibiliser la population quant aux comportements qu'elle doit adopter vis-à-vis les médicaments et leur utilisation. À titre d'exemple, le Comité a amorcé des démarches pour évaluer la faisabilité d'une campagne publique de sensibilisation sur les médicaments auprès de la population québécoise. Trois éléments importants doivent être considérés dans ce projet d'envergure, soit le financement, qui pourrait s'élever à 1 000 000 \$ par année pendant trois ans, l'atteinte d'une population de près de 7 000 000 de personnes — c'est important — et, enfin, la collaboration des professionnels de la santé pour assurer la continuité des messages transmis à la population. Un tel projet nécessitera la collaboration de divers partenaires des milieux privés et publics, mais il revient au Comité RUM de coordonner et de valider le contenu des messages à transmettre à la population quant au bon usage des médicaments.

Quatrièmement, le Comité RUM doit assurer le financement de projets de recherche ciblés et ponctuels sur l'utilisation des médicaments et sur les moyens permettant de changer le comportement des professionnels de la santé et de la population envers cette utilisation. À titre d'exemple, suite à la réalisation de la première étude du Comité RUM sur l'utilisation des principaux médicaments employés dans le traitement de l'asthme, un des objectifs poursuivis vise à améliorer le suivi des patients asthmatiques par les médecins et les pharmaciens. Dans cette optique, le Comité pourrait faire une étude pour évaluer l'impact de l'envoi de profils d'utilisation des médicaments des patients asthmatiques aux professionnels concernés.

Enfin, cinquièmement, le Comité RUM doit influencer la formation de base des professionnels de la santé afin qu'on retrouve dans les objectifs de formation universitaire, d'une part, la capacité de juger de la qualité des études scientifiques qui leur sont présentées et sur lesquelles les professionnels appuient leurs choix de thérapies et, d'autre part, la préoccupation d'offrir à leurs futurs patients des traitements en tenant compte de la notion coût-efficacité. À titre d'exemple, encore une fois dans le traitement d'une infection, le médicament de premier choix peut être un antibiotique peu coûteux qui

existe depuis près de 20 ans et qui représente le meilleur rapport coût-efficacité comparé à de nouvelles molécules dont le coût de traitement peut être de 20 fois supérieur.

Le Comité doit aussi influencer la formation continue des professionnels de la santé. Il a donc pour cela suscité la collaboration du Collège des médecins, de l'Ordre des pharmaciens, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de l'Association des pharmaciens propriétaires et des représentants de l'industrie pharmaceutique afin de promouvoir des interventions favorisant l'utilisation adéquate des médicaments.

Ainsi, le Comité travaille actuellement avec ses partenaires à élaborer un outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme, outil qui sera offert aux professionnels de la santé dans le but de leur permettre de faire des choix éclairés pour le traitement de leurs patients asthmatiques. Cet outil pourra aussi constituer un prolongement des activités de la formation sur ce sujet.

Bon. Bien, pour la réalisation du mandat que doit assumer un comité de revue d'utilisation des médicaments, le budget alloué devrait être de l'ordre de 0,5 % du coût global du régime d'assurance médicaments administré par la RAMQ, ce qui représente un montant d'environ 6 000 000 \$. Ce budget vise à assurer la mise en place d'une infrastructure adéquate qui devrait comprendre un minimum de 15 personnes, sans compter un soutien suffisant pour l'exploitation des banques de données et les activités de communication qui sont essentielles, vous comprenez, dans un tel mandat.

J'aborde la deuxième partie de mon exposé en vous transmettant les commentaires sur certains moyens inscrits dans le document *Les pistes de révision* pouvant contribuer à assurer la maîtrise de la croissance des coûts du régime d'assurance médicaments.

Premièrement, le Comité croit que la nouvelle entité proposée dans le rapport Doucet devrait être décisionnelle dans l'élaboration de la liste des médicaments assurés et non pas jouer un rôle consultatif auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux. En effet, la composition du futur comité du médicament impliquant à la fois des personnes reconnues pour leur expertise scientifique et des personnes reconnues pour leur sagesse nous apparaît garante du respect des droits et des valeurs des individus et de la société. C'est donc pourquoi nous croyons qu'il faut leur faire entièrement confiance.

Deuxièmement, le Comité croit que l'introduction de l'appréciation de l'impact économique comme critère d'approbation d'un nouveau médicament à la liste est essentielle. Cependant, les membres du Comité RUM croient que les études pharmaco-écologiques qui évalueront cet impact doivent être exclusivement financées par l'industrie du médicament.

Dans le document *Les pistes de révision* et les dossiers proposés d'introduire l'application du prix de référence, les membres du Comité sont d'avis que cette décision doit tenir compte des résultats des études et de recherches qui sont présentement en cours aux universités de Harvard, McMaster et Washington.

Enfin, si les mesures envisagées et appliquées pour maîtriser la croissance des coûts du programme médicaments

n'apportent pas les effets désirés, la ministre de la Santé et des Services sociaux pourrait, en temps opportun, tenir des auditions publiques sur la pertinence d'en limiter l'enveloppe financière.

Troisièmement, les membres du Comité RUM sont favorables au regroupement des activités du Conseil consultatif de pharmacologie et du Comité RUM actuel, tel que proposé dans le rapport Doucet. Toutefois, le renforcement des revues de l'utilisation des médicaments constitue, à leur avis, un préalable fondamental à tout projet de fusion. Autrement dit, la nouvelle entité devra assumer l'ensemble du mandat présentement dévolu au Comité RUM. Les revues de l'utilisation des médicaments ne peuvent pas être réduites uniquement à des suivis d'utilisation en vue de réviser la liste des médicaments couverts.

Nous pouvons illustrer la limite de cette approche par un des constats découlant d'une étude réalisée par le Comité et qui ciblait des médicaments utilisés dans le traitement de l'asthme. En effet, on a observé une surutilisation d'un médicament chez 91 % des patients. C'est donc dire que ce médicament n'est pas utilisé de façon optimale. Toutefois, il est impensable de retirer ce médicament de la liste. Et il faudra corriger cette situation par d'autres interventions auprès de la triade médecins-patients-pharmaciens.

En conclusion, après ces journées d'auditions, je suis persuadée que vous avez constaté que la place qu'occupe le médicament dans notre société est unanimement reconnue. Qui d'entre nous n'a pas un jour ou l'autre pris une pilule? Si vous n'aviez qu'un message à retenir du Comité RUM, ça serait le suivant: il faut investir dans la promotion du bon usage du médicament et mettre en place toutes les structures nécessaires pour en assurer l'utilisation adéquate. Je vous remercie.

Le Président (M. Labbé): Mme Lussier, je vous remercie de votre présentation. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Je vous remercie pour la qualité de l'intervention, qui est ramassée. En peu de pages, vous faites beaucoup de propositions intéressantes. Alors, évidemment vous êtes un organisme jeune mais qui a connu quand même quelques expériences et, donc, peut en ce sens nous faire des recommandations intéressantes.

Je vous dirais qu'évidemment, si on disposait de plus de ressources — le fédéral ne nous a pas aidés hier, mais enfin — j'avoue que c'est un investissement qu'on devrait considérer. Parce que 0,5... enfin, c'est 0,5 %, mais il reste que c'est 5 000 000 \$. C'est quand même des sous. Mais je pense que ça exigerait effectivement qu'on investisse des sommes aussi importantes quand on sait ce que ça coûte une campagne, là on dit publicité, mais parlons d'une campagne d'information. Et vous êtes dans ce domaine-là, entre autres.

Il faut qu'il y ait des suivis à la revue d'utilisation. Une fois qu'on l'a fait, il y a non seulement les

professionnels, mais il y a aussi les consommateurs. On peut passer par les professionnels évidemment pour intervenir auprès d'eux, mais il y a les consommateurs. Alors, je suis bien consciente que vos ressources ne sont pas à la hauteur des mandats qu'on vous confie et des attentes qu'on a à ce sujet-là. Alors, en espérant qu'on pourra corriger la situation le plus rapidement possible. Bon.

Il y a une chose avec laquelle j'ai un petit peu plus de difficulté, je dois vous dire — et vous allez vite comprendre — c'est que le Conseil consultatif de pharmacologie, jumelé avec le Comité de revue de l'utilisation du médicament, puisse devenir décisionnel. En fait, c'est presque le cas actuellement. C'est presque le cas au sens où on nous fait des recommandations, et on suit généralement les recommandations. C'est exceptionnel qu'on passe à côté des recommandations du Conseil.

Et, les pressions, elles sont grandes parfois. Vous le savez, vous entendez les personnes victimes de maladies assez sérieuses et qui, parce qu'on leur a présenté de nouveaux outils thérapeutiques, de nouveaux médicaments, évidemment font des pressions pour qu'on les inscrive sur la liste. Et on est aux prises souvent avec ça, en même temps que les preuves ne sont pas faites complètement et que parfois, même si elles ne sont pas faites, le coût n'est tellement pas élevé qu'on serait tenté de le faire. Et on le fait à l'occasion. Mais c'est rarissime finalement qu'on procède comme ça.

Mais par ailleurs je trouve que c'est important, compte tenu d'un certain nombre de facteurs et de critères qui peuvent être en jeu, entre autres au plan aussi des coûts, que le gouvernement puisse se garder une marge de manoeuvre, cette marge étant assez mince. Surtout que le rapport Doucet, ce qu'il propose, c'est de rendre beaucoup plus transparente encore la démarche — même si on pense quand même elle l'est relativement à certains égards. Donc, dans ce sens-là je dois vous dire: Sur cet aspect-là, j'ai un peu de désaccord avec votre proposition.

• (17 h 10) •

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est parce qu'on était sûr que ça permettait de prendre une certaine distance.

Mme Marois: Oui.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Vous avez des sages, vous avez des scientifiques, et, bon, comme vous le dites, par rapport aux politiques, par rapport au lobby de l'industrie pharmaceutique, par rapport aux administrateurs d'hôpitaux, par rapport aux usagers, par rapport aux médecins qui veulent être autonomes dans leurs prescriptions — il y a beaucoup d'enjeux très divergents — on se disait que, bon, d'avoir un comité qui décide et qui est capable de faire abstraction ou d'intégrer, si vous voulez, tous ces enjeux-là, c'était peut-être une image à donner qui est importante.

Mme Marois: Oui, je suis consciente de la pureté de vos intentions.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Je comprends bien cela, mais il y a les contraintes du quotidien au plan, entre autres, budgétaire à un moment donné avec lesquelles on a à composer, qu'on le veuille ou non, comme décideurs politiques aussi.

Dans votre proposition, vous nous dites, bon: «Notre compréhension du rapport du comité Doucet est qu'il propose que les études pharmaco-économiques exigibles pour soumettre une demande d'inscription à la liste soient financées à même des fonds publics et privés.» Et, vous, carrément, vous dites: Non, nous pensons que ça doit être financé par l'industrie du médicament. Est-ce que ça exigerait cependant qu'on balise un peu ce type d'études? Parce que le risque qu'on prend, quand même... Moi, je trouve ça intéressant parce que ça enlève des coûts à supporter par le régime public. Puis, en même temps, je pense que c'est normal que l'industrie ait une contribution à cet égard-là.

Mais le risque évidemment, c'est que, si on ne prépare pas de contre-expertise, par exemple, on peut être en désaccord avec certains des éléments qui sont là. Est-ce qu'il y aurait des balises à ce moment-là à identifier pour un peu encadrer cet exercice-là?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est financé par les compagnies pharmaceutiques pas nécessairement fait par les compagnies pharmaceutiques. Je pense que c'est un peu différent.

Mme Marois: Ah oui, je suis d'accord.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Et leur futur comité du médicament a quand même l'expertise, justement, pour approuver ou non. Mais on parle bien de financement et non pas de...

Mme Marois: O.K., d'accord. Parce qu'effectivement je l'avais mal interprété. Vous avez tout à fait raison. Mais vous demanderiez que ce soit financé par les sociétés pharmaceutiques, par les compagnies mais fait par des professionnels évidemment de nos institutions.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): De recherche. Oui, oui, bien sûr. .

Mme Marois: Une autre question que vous abordez, c'est le prix de référence. Et vous avez entendu avant vous un autre groupe qui se disait aussi d'accord. D'autres sont venus en marquant des accords très importants. Et vous faites une nuance qui, je pense, est intéressante. Vous dites: Il faudrait d'abord peut-être aller un peu plus loin dans la révision de l'utilisation du médicament et ensuite éventuellement proposer des pistes pour les prix de référence. Comment vous voyez ça dans le temps, et quelle sorte d'avenue vous vous proposez de suivre pour qu'on aboutisse à des choses intéressantes à cet égard-là?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est parce qu'actuellement, comme il y a déjà des études, comme je l'avais souligné, qui sont en cours, je pense qu'avant de prendre des décisions à ce niveau-là il faudrait peut-être voir le résultat de ces études-là, qui se font quand même sur cinq classes de médicaments. Donc, c'est peut-être bien intéressant... pas redécouvrir la roue et peut-être attendre avant d'appliquer ce prix de référence.

Mme Marois: Mais, vous, ça vous apparaît quand même une avenue intéressante et à retenir.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est une avenue intéressante, oui.

Mme Marois: D'accord. Il y a eu des recommandations qui nous ont été faites par l'Association des hôpitaux et par l'Association des pharmaciens en établissement — je pense que c'est bien ça — d'intégrer les activités du CRUM et du réseau RRUM, c'est-à-dire le réseau dans les institutions, autant le comité que les institutions touchant, entre autres, le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Est-ce que vous croyez que cela pourrait se faire et, si c'était le cas, comment?

Le Président (M. Labbé): Mme Lussier.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Le réseau RRUM a... Comment je vous dirais bien ça? Le réseau RRUM est vraiment lié aux hôpitaux, aux établissements et a à la portée de sa main toutes les informations nécessaires, le dossier et le patient. Je veux dire, il sait même quand le patient prend sa pilule ou ne la prend pas. Tout est là à portée de la main.

Quand on tombe dans l'ambulatoire, c'est très différent. Comme on vous le disait tout à l'heure, on n'a même pas l'intention thérapeutique. Alors, comment savoir si le patient... Tout ce qu'on sait, c'est qu'il va chercher la pilule à sa pharmacie. Mais comment savoir si le patient la prend? Alors, les problématiques sont un peu différentes, quoique ce n'est pas incompatible. Mais effectivement, s'il y avait un comité du médicament, il faudrait que toutes ces entités-là soient mises ensemble pour qu'il y ait au moins une continuité à quelque part.

Mme Marois: C'est ça. Parce que je me dis: C'est beaucoup d'énergie qu'on investit, hein, et...

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Oui, oui. Il faudrait un... Je m'excuse.

Mme Marois: Non, allez-y. Oui, c'est ça.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Je pense qu'à un moment donné ce qui est important justement ça serait d'avoir une problématique, un médicament, une maladie, et que toutes les instances décident: Bien, cette année ou au printemps prochain, on cible ça.

Mme Marois: On travaille sur cela.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Alors, qu'on soit médecin, pharmacien, hôpital, qu'on soit n'importe où, au CLSC, on cible le traitement de l'asthme, par exemple.

Mme Marois: Oui. Non, mais je pense que c'est très intéressant, parce que, là, tous les intervenants travaillent dans le même sens; on tire un certain nombre de conclusions puis en même temps, comme on est tous sur le même sujet de recherche ou objet de recherche, ça permet qu'il y ait une forme de pédagogie qui se fasse en même temps qu'on fait l'étude, je pense.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est ça.

Mme Marois: Moi, je trouve ça très intéressant comme possibilité. Il faut que chacun accepte évidemment de participer à tout ça. Vous savez qu'il y a parfois des petites résistances, n'est-ce pas, mais enfin. Vous dites: «Influencer la formation des professionnels de la santé pour que soit inscrite dans les objectifs de formation la capacité d'apprécier la qualité des études scientifiques...», bon, etc. Et vous aboutissez en disant: Pour que, dans cette formation, on se préoccupe d'offrir aux futurs patients des traitements prenant en compte la notion de coût-efficacité. Vous pensez autant à de la formation de base qu'à de la formation continue à ce moment-là?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Oui, les deux, et j'étais très heureuse d'entendre tout à l'heure les précédents qui insistaient sur le fait qu'il fallait augmenter les notions de pharmacologie dans le cours de base. Et, dans les formations continues, oui, je pense que ça serait fort intéressant, et encore une fois que tout le monde puisse aborder les mêmes sujets en même temps.

Mme Marois: Oui. Non, je pense que ça ne ressort pas de votre mémoire, mais c'est fort intéressant ou pertinent ce que vous soulevez là, parce que, quand on tire dans différentes directions à un moment donné en fait on perd l'efficacité des interventions que l'on fait — des recherches, des investissements — et dans cette perspective-là, c'est quelque chose qu'on devrait pouvoir retenir.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Parce que c'est sûr que des revues d'utilisation, si vous n'implantez pas les stratégies pour corriger les écarts que vous avez observés, bien là ça ne sert à rien. Bien, en tous cas...

Mme Marois: Ce n'est pas bien, bien utile. On se comprend. Bon.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Ce n'est pas très utile.

Mme Marois: Alors, une dernière question en ce qui me concerne maintenant — ...

Le Président (M. Labbé): Quatre et demie.

Mme Marois: ...pardon...

Le Président (M. Labbé): Quatre minutes et demie, madame.

Mme Marois: ...O.K., bon, il me reste encore un peu de temps, je pourrai revenir après de toute façon — c'est la question de l'intégration des deux entités. Vous manifestez un accord, puis après ça, bien vous semblez introduire quelques réserves.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Non, ce n'est pas une réserve, c'est un prérequis.

Mme Marois: O.K. Ha, ha, ha!

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Non, pas du tout, pas du tout, c'est juste vous dire que c'est aussi important de faire des revues d'utilisation que d'inscrire des médicaments sur une liste...

Mme Marois: Tout à fait.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): ...et qu'il faut vraiment... C'est un préalable, le mandat du Comité RUM, c'est un mandat très important. Vous parliez de l'augmentation tout à l'heure des coûts des médicaments, mais c'est beaucoup relié à l'augmentation de l'utilisation des médicaments.

Mme Marois: Oui.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Bon, bien le meilleur outil que vous avez pour observer ça, c'est vraiment les revues d'utilisation. Je pense que ça devrait être beaucoup plus général...

Mme Marois: D'accord.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): ...et ça serait très utile.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, madame.

Mme Marois: Je vous remercie, pour l'instant.

Le Président (M. Labbé): Je cède maintenant la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Lussier, et merci pour votre présentation.

Je vais vous poser une question, vous parliez de budget: Quel est le budget actuel du Comité de revue de l'utilisation des médicaments?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): 400 000 \$.

M. Marcoux: Pardon?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): 400 000 \$.

M. Marcoux: 400 000 \$. Et ce que vous dites, c'est que, par rapport à ce que vous avez l'intention de faire ou ce qui serait requis pour mettre en place des mesures efficaces, ça vous prendrait beaucoup plus que ça. C'est ce que vous mentionnez?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Pour remplir le mandat tel qu'il est écrit dans la loi pour le Comité RUM, oui, ça prendrait plus que ça.

M. Marcoux: Merci. Il y a plusieurs groupes qui ont parlé de revue d'utilisation des médicaments, je pense, depuis cette commission parlementaire, et ça semble assez complexe. D'ailleurs, lorsqu'on regarde un peu l'environnement dans lequel vous évoluez, je pense que ça indique la complexité de ce que vous voulez faire.

Par rapport à ce qui se fait ailleurs, parce que ce n'est certainement pas... il y a sans doute des expériences qui ont été tentées ou qui se font ailleurs, que ce soit au Canada ou aux États-Unis, est-ce que vraiment il y a des résultats concrets et efficaces dans des expériences qui ont été vécues ailleurs?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Je vais laisser Mme Doyon répondre.

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

Mme Doyon (Danielle): Oui. Je pense que, dans plusieurs régions, particulièrement aux États-Unis, il y a des activités de revue d'utilisation des médicaments qui sont en cours. Par contre, le contexte américain, il faut le rappeler, est fort différent du contexte québécois. Les médecins ne sont pas autant des travailleurs autonomes qu'on en retrouve au Québec. La plupart du temps, ils sont regroupés dans des HMO, ils ont des règles particulières à observer, et les revues d'utilisation de médicaments qui se font là ne se font pas dans les mêmes contextes, bien qu'elles donnent des résultats positifs. On améliore l'utilisation des médicaments, les médecins adhèrent plus facilement aux règles, mais il faut dire que ce n'est pas dans le même contexte.

● (17 h 20) ●

Au Québec, je pense qu'on est la première province à aborder le principe de revue d'utilisation de médicaments pour une clientèle ambulatoire, et c'est des revues d'utilisation des médicaments qui n'ont pas la seule connotation que parfois on utilise pour détecter des interactions médicamenteuses ou détecter des duplications de thérapie. On voit beaucoup dans la littérature les termes «revue d'utilisation des médicaments» un peu galvaudé. Tout le monde appelle des «revues d'utilisation» des éléments qui n'en sont pas nécessairement, ou on n'a pas la même conception de revue d'utilisation de médicaments. Alors, c'est pour ça, on peut avoir des effets positifs de revue d'utilisation des médicaments, mais il faut aller voir c'est quoi, le concept qu'il y a derrière.

M. Marcoux: Une question complémentaire à celle-là: Quand vous mentionnez les expériences aux États-Unis, est-ce qu'il y a eu une réduction significative dans le fond du coût des médicaments, qui a pu découler des expériences qui ont été faites, notamment quand vous parlez des HMO?

Le Président (M. Labbé): Mme Doyon.

Mme Doyon (Danielle): Il y a une étude américaine; malheureusement, je ne l'ai pas révisée avant de venir ici. Mais, si ma mémoire est bonne, je pense qu'à chaque dollar investi il y avait comme 5 \$ à 6 \$ de rendement. Mais malheureusement c'est une étude qui date de peut-être 1994 ou 1995, et je ne l'ai pas fraîche à la mémoire. Mais il y avait une rentabilité importante aux revues d'utilisation des médicaments dans le contexte américain. Malheureusement, je ne l'ai pas.

M. Marcoux: Merci. Deuxième question. Vous avez mentionné tantôt, Mme Lussier, l'importance d'avoir accès aux informations requises pour pouvoir effectuer les revues d'utilisation des médicaments et qu'il y avait une absence de renseignements, les renseignements dont vous aviez besoin n'étaient pas disponibles ou suffisamment disponibles. À ce moment-là, comment est-ce que vous pouvez mener vos projets de façon efficace si vous n'avez pas les renseignements dont vous dites devoir disposer pour mener vos projets à terme? Et qu'est-ce qui doit être fait à ce moment-là — parce que j'imagine que c'est également fort important — pour pouvoir répondre à vos exigences à cet égard-là?

Le Président (M. Labbé): Mme Lussier.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Je vous dirais qu'effectivement, dans les deux études que nous avons faites, l'intention thérapeutique, l'indication de traitement n'était pas accessible, et c'est pour ça qu'on a été obligé, dans l'étude sur l'asthme, entre autres — tu me corriges si... — de prendre un certain groupe d'âge où est-ce que la maladie était plus fréquente et d'éliminer pas mal de patients.

Mme Doyon (Danielle): Peut-être rajouter en complémentaire que, pour être sûr que c'étaient des patients asthmatiques, on a pris les cinq à 45 ans, même si on sait que des gens de 45 ans peuvent souffrir d'asthme, mais ils ont une proportion où la fréquence d'autres maladies, qui seraient des maladies pulmonaires, obstructives, chroniques, est plus fréquente chez les gens plus âgés. Alors, on a mis une barre à 45 ans. Donc, on a éliminé beaucoup de personnes qui étaient probablement asthmatiques, mais, pour les fins de notre étude, on a limité 5-45 ans. On a aussi enlevé des patients qui prenaient d'autres médicaments, qui pouvaient dire qu'ils ont une autre pathologie. Donc, on n'était pas certain qu'ils ne souffraient pas d'asthme, mais, comme on n'était pas certain qu'ils n'avaient pas d'autres maladies, on en a enlevé.

Donc, c'est très difficile dans un contexte juste de banque de données, avec aucune information clinique, de faire une sélection de clientèle pour être sûr presque à 100 % que ce sont des patients asthmatiques. Et c'est la différence avec le secteur hospitalier où le diagnostic est accessible facilement. Ça demande une gymnastique, et c'est pour ça que ce n'est pas simple.

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

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Merci pour votre présentation aujourd'hui. Je voudrais juste bien comprendre votre demande d'avoir une augmentation du financement de votre comité. Vous avez parlé de 0,5 % de budget global. Est-ce que ça veut dire 0,5 % de 1 000 000 000 \$, avec ça, c'est 50 000 000 \$ que vous voulez avoir?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est 5 000 000 \$.

M. Williams: 5 000 000 \$, excusez-moi, 5 000 000 \$.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): 1 % de... Oui, c'est ça.

M. Williams: Une augmentation jusqu'à 5 000 000 \$. Et vous avez maintenant à peu près 400 000 \$?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est ça.

M. Williams: Parce qu'il me semble — c'est presque une mission impossible au moment où on se parle — que typiquement le gouvernement passe des articles de loi, 72, tel que vous avez mentionné dans votre mémoire, et il ne donne pas les moyens de remplir le mandat. Et ce n'est pas une plainte contre l'excellent travail que votre comité essaie de faire, mais, sans avoir les moyens, c'est presque mission impossible de remplir ce mandat.

Je voudrais bien comprendre. Vous avez parlé d'une de vos études. Je voudrais savoir: Après votre étude, qu'est-ce que vous faites? Parce que je trouve que c'est une étude bien intéressante. Vous avez parlé de 91 % à peu près de surutilisation, mais rien n'est passé après ça. Si j'ai bien compris.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Il n'y est rien passé que vous ayez pu voir, mais il y a quand même beaucoup de choses qui sont en pourparlers. On parle, entre autres, d'un outil d'aide pour le médecin dans son bureau pour donner un bon traitement à l'asthme. On parle aussi des actions que les pharmaciens pourraient avoir dans leur pharmacie pour expliquer aux patients asthmatiques c'est quoi, le problème au niveau des médicaments qu'ils consomment trop et ceux qu'ils ne consomment pas assez.

Bien, c'est dans cette foulée-là, si vous voulez, qu'on avait parlé peut-être de faire une campagne de sensibilisation. Mais effectivement, je veux dire, le problème de mettre des stratégies d'intervention en place, c'est probablement — comment je pourrais dire — pas le nerf de la guerre, c'est ce qui est le plus difficile à faire parce que ça implique beaucoup de partenaires, et ça implique du temps, et ça implique des ressources. Mais on y arrive.

M. Williams: Le groupe Rx & D, dans son mémoire, a présenté l'idée d'avoir une nouvelle section à la liste des médicaments, soit une liste de médicaments attachée avec un plan d'utilisation optimale des médicaments. Avez-vous eu une chance d'étudier ça?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Dans le suivi ou un plan de l'utilisation optimale? C'est parce que c'est différent.

M. Williams: Utilisation. Si j'ai bien compris, c'est une proposition que...

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Parce que le plan de suivi, c'est juste de savoir si le...

M. Williams: Non, non, utilisation.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Avec la bonne indication, l'intention thérapeutique et les stratégies.

M. Williams: Si j'ai bien compris. Qu'est-ce que vous pensez?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Mais je ne l'ai pas vu, je ne l'ai pas vu.

M. Williams: O.K. Peut-être plus tard, vous pouvez analyser ça un peu plus profondément. Et vous avez mentionné que vous n'êtes pas d'accord avec le regroupement des fonctions de CCP et votre comité parce qu'on peut placer le nouvel organisme en situation de juge et partie. C'est ça que vous avez dit, là? Est-ce que j'ai bien compris, là? En page 5 de votre mémoire.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Non, non, on est parfaitement d'accord...

M. Williams: D'accord.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): ...pour qu'il y ait un regroupement pour le CCP et le Comité RUM. Mais on dit juste simplement...

M. Williams: Peut placer... avec réserve.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Oui, oui, c'est ça. On dit qu'il faut faire attention. Parce que, si vous décidez d'enlever un médicament que vous avez inscrit sur la liste puis c'est le même comité qui fait tout, il

faut faire attention. C'est ça. Mais on est parfaitement d'accord.

M. Williams: O.K. C'est juste votre réserve que vous avez mentionnée sur ça.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est ça.

M. Williams: Et je fais un switch entre votre rapport annuel — merci de le déposer — et votre mémoire. Vous avez parlé de l'accès aux données, la difficulté d'avoir l'accès aux données. Avez-vous pensé d'aller dans les compagnies privées pour ça aussi, parce que ça existe, comme IMS, qui fait le suivi de l'utilisation des médicaments? Et, si la réponse est non — et je pense que la réponse est non — est-ce que ça peut être une piste intéressante d'avoir l'accès à d'autres données?

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Moi, je réponds non, mais...

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Doyon.

Mme Doyon (Danielle): C'est que je ne suis pas certaine de la question ou de ce que vous mentionnez. Parce que, nous, ce dont on a besoin, c'est de l'intention thérapeutique poursuivie par le médecin pour un patient donné. Alors, ce n'est pas en général. Ce n'est pas en général, si c'est utilisé pour les ulcères. On veut dire, Mme Doyon, quand elle prend tel médicament, est-ce que c'est pour un ulcère, ou pour une infection, ou si c'est pour autre chose? C'est vraiment l'intention par rapport à un patient: un médicament et la dose et la durée de traitement qui est donnée. Alors, je ne crois pas que IMS ait ces informations-là...

M. Williams: Non, c'est plus général.

Mme Doyon (Danielle): C'est ça, général.

M. Williams: Mais j'ai pensé, quand même les groupes comme ça peuvent nous donner une idée d'utilisation et les tendances ici, au Québec, et partout au Canada. Anyway.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): On parle de bonne utilisation. Ça s'adresse vraiment à un patient qui prend une pilule pour une maladie, tu sais. C'est ça.

M. Williams: Merci. S'il reste encore du temps, là.

Le Président (M. Labbé): Oui. Alors, je cède donc la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Essentiellement, une petite observation. Vous dites à la page 3 que votre mandat est complexe de par la nature des études qu'il doit réaliser et de par le nombre important d'acteurs avec lesquels il doit intervenir. Je comprends parfaitement cette phrase

en regardant la page 21 de votre mémoire où, comme a fait référence mon collègue, l'environnement dans lequel évolue le Comité RUM, vous avez pour à peu près 18 acronymes, dont deux associations, trois collèges, un conseil, deux fédérations, un fonds, deux ministères, un office, deux ordres, une régie et deux réseaux. Alors, je comprends la complexité et, moi, je vous trouve très vaillants, surtout avec le budget que vous avez.

● (17 h 30) ●

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Merci.

Le Président (M. Labbé): Ça va, ça complète de ce côté-ci? Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Alors, merci, M. le Président. Peut-être que nos amis d'en face vous auraient donné plus d'argent, mais ils l'auraient mis sur le déficit; alors, on n'aurait pas résolu d'autres problèmes. Mais ça ne veut pas dire que vous n'en méritez pas et que surtout la cause que vous servez n'en mérite pas. Je pense qu'il faudrait songer à augmenter les crédits.

Une dernière question: Est-ce que — je l'ai posée sous différents angles depuis le début, là — d'après vous on pourrait mieux baliser l'intervention des compagnies pharmaceutiques auprès des médecins? Et jusqu'où on peut se permettre d'aller à cet égard sans entraver la liberté commerciale, si on veut? Parce que beaucoup des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché sont présentés aux médecins par les compagnies pharmaceutiques, pour lesquels ils font... c'est-à-dire dont elles font la promotion de ces médicaments. Je suis un peu fatiguée, je m'enfarge dans mes mots.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Oui, c'est vrai, vous avez raison, là, mais ça fait partie de la vie, ça, je vous dirais. Sauf que, si les médecins ont les outils scientifiques pour évaluer une étude...

Mme Marois: Donc, avoir un sens critique un petit peu plus...

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Bien, c'est ça, tu sais: le nombre de patients était-il correct? L'étude s'est-elle déroulée dans le bon temps? Bon, tous les critères qu'il faut pour faire une bonne étude, je pense que c'est déjà beaucoup. Bien, le contrepois devrait peut-être être donné par le biais aussi des formations médicales ou pharmaceutiques continues.

Mme Marois: C'est ça.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Je pense que, ça, il faudrait peut-être axer beaucoup là-dessus aussi. Et, comme je vous dis, si tout le monde traitait le même problème en même temps, ça serait une bonne chose.

Mme Marois: Ça nous faciliterait la tâche.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Est-ce que je peux vous dire juste une petite chose, Mme la ministre?

Mme Marois: Oui.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): C'est que le 0,5 %, ce n'est pas nécessairement à la régie de payer ça. En fait, ça pourrait être aussi à parts égales entre les assureurs privés, assureurs publics, et l'industrie du médicament qui pourrait aussi donner 0,5 % de ses bénéfices...

Mme Marois: De son marché.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): ...qu'elle fait sur les médicaments qui sont inscrits à la liste. Alors, tu sais...

M. Copeman: Sans accroître le déficit.

Mme Marois: C'est intéressant, ça, c'est intéressant. Ça, on s'en est chargé. Ha, ha, ha! Alors, je vous remercie beaucoup de votre présentation.

Mme Lussier Montplaisir (Michelle): Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Lussier, Mme Doyon, je vous remercie pour la présentation. J'informe les membres de la commission que nous ajournons sine die à demain après-midi, 14 heures, pour un mandat sur les régies comme telles. Et demain matin un rappel à l'effet que nous siégeons en séance de travail ici même, à 9 h 30. Merci et bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 17 h 34)

