



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 15 mars 2000 — N° 33

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (6)

**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 \$
<i>Commission des transports et de l'environnement</i>	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 mercredi 15 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Association diabète Québec (ADQ)	1
PharmaVision Québec inc.	8
Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)	16
Chambre de commerce du Montréal métropolitain	25

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
M. Gilles Labbé, président suppléant

Mme Pauline Marois
Mme Nicole Loisel
M. Russell Williams
Mme Lyse Leduc
M. Yvon Marcoux

- * M. Serge Langlois, ADQ
 - * M. André Nadeau, idem
 - * M. Marc Aras, idem
 - * M. Paul L'Archevêque, PharmaVision Québec inc.
 - * M. Pavel Hamet, idem
 - * M. Jacques Boisvert, idem
 - * Mme Monique Richard, CEQ
 - * M. André Goulet, idem
 - * M. Marc-André Gagnon, idem
 - * Mme Marie Pelchat, idem
 - * M. François Roberge, Chambre de commerce du Montréal métropolitain
 - * Mme Marie-France Deslauriers, idem
 - * M. Richard Garant, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 15 mars 2000

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

(Neuf heures trente et une minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie aujourd'hui afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le rapport d'*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Williams (Nelligan) et Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, aujourd'hui nous rencontrons, à 9 h 30, l'Association diabète Québec; à 10 h 15, PharmaVision Québec inc; on suspend à 11 heures pour reprendre nos travaux à 15 h 30 avec la Centrale de l'enseignement du Québec et à 16 h 15 avec la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. Alors, l'ordre du jour est adopté?

Des voix: Adopté.

Auditions

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Adopté. Alors, sans plus tarder je demanderais aux gens bien sûr qui ont déjà pris place de s'identifier. Je vous rappelle que la répartition du temps est de 45 minutes; vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, par la suite 30 minutes seront réparties entre le groupe gouvernemental et l'opposition, 15-15. Alors, je cède la parole à M. Langlois?

M. Langlois (Serge): C'est ça. Serge Langlois.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois, pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît, j'apprécierais que vous puissiez nous présenter les gens qui vous accompagnent.

Association diabète Québec (ADQ)

M. Langlois (Serge): D'accord. Alors, Mme France Gasse, qui est à côté de moi, à ma gauche, qui est une personne diabétique, donc qui pourra témoigner de ce que c'est vivre avec le diabète, et plus particulièrement de l'aspect des médicaments dans la vie d'une personne diabétique; le Dr André Nadeau, qui est endocrinologue, ici, au CHUL, et qui est évidemment un spécialiste

émérite en la matière; M. Marc Aras, directeur des Communications, à l'Association diabète Québec; et, moi-même, Serge Langlois, président-directeur général de l'Association diabète Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, monsieur.

M. Langlois (Serge): Merci beaucoup. Je tiens d'abord à remercier tous les membres de la commission et Mme la ministre de la Santé et des Services sociaux de bien vouloir nous accueillir, de bien vouloir entendre nos idées et discuter avec nous un peu justement de l'évaluation à ce stade-ci de l'assurance médicaments.

Brièvement, j'aimerais rappeler que l'assurance médicaments a été, pour les personnes diabétiques du Québec, vraiment un soulagement énorme. Ça a été quelque chose que les personnes diabétiques attendaient depuis longtemps et qui venait combler un besoin très important.

Le premier problème qu'on avait au niveau justement du suivi, c'était l'accès aux médicaments. Et on a toujours souligné que, lorsqu'une personne avait peut-être un budget plus restreint, avait peut-être des caractéristiques sociales qui étaient aussi peut-être plus contraignantes, l'accès à la médication était un obstacle de taille. Et cette loi a justement permis qu'on puisse accéder aux médicaments, et ce, en dépit du fait que parfois on est dans des conditions socioéconomiques un peu plus contraignantes. Alors, c'est sûr que nous avons salué cette annonce.

Évidemment que nous croyons que, avec l'évolution du temps et avec l'approche des nouvelles technologies, il est important maintenant peut-être d'aller un peu plus loin, de faire un pas encore vers l'avant et de considérer justement l'apport de ces nouvelles technologies qui peuvent venir contribuer à éviter les complications. Et notre souci est évidemment de contrôler les complications, donc de contrôler et d'aider les personnes à contrôler leur problème qu'est le diabète, parce que c'est un problème de santé qui est très particulier.

D'une part, par le nombre de personnes atteintes. Il y a 500 000 Québécoises et Québécois qui sont aux prises avec ce problème de santé et il y en a 200 000 qui l'ignorent. Donc, on peut être aujourd'hui diabétique et ne pas le savoir. C'est déjà un problème important, et bien souvent il n'y a absolument aucun symptôme ou, s'il y en a, ils sont tellement difficiles à identifier qu'on s'imagine que: Bien, oui, je me fatigue un petit peu plus rapidement, mais je n'ai plus 20 ans, j'en ai au moins deux, trois de plus. On considère que c'est normal, alors qu'on pourrait se sentir beaucoup mieux, et ce n'est pas justement un

phénomène dû au vieillissement. Alors, il y a ce problème, donc, d'ignorance.

Il y a aussi le problème que ces gens-là, qui sont diabétiques en grand nombre, c'est évident que, si on ne leur enseigne pas, si on ne leur fait pas comprendre ce que c'est... Donc, il faut dépister rapidement le problème de diabète, et ensuite le prendre en charge. Si on le prend en charge, on va justement éviter que la personne se retrouve dans le système de santé avec des problèmes bien souvent aux yeux. C'est souvent une des premières complications après quelques années. La personne se réveille un matin et a de la difficulté à lire, et elle s'aperçoit tout à coup qu'elle a besoin... il faut absolument que j'aie voir pour des lunettes. Ce n'était pas des lunettes, c'était le diabète qui avait commencé à faire des ravages.

Le problème, c'est que le barrage justement il est déjà craqué, il y a déjà des fuites. On peut peut-être colmater les fuites, mais le barrage, lui, il est déjà endommagé. C'est la même chose pour la personne.

Alors, il y a des complications importantes. Les complications importantes sont au niveau aussi cardiaque, et ça, c'est la chose la plus importante peut-être à considérer. C'est que l'incidence des complications cardiaques dans le domaine du diabète — le Dr Nadeau pourra tantôt mieux élaborer, si vous le désirez, à ce sujet — c'est très important.

Alors, parfois, on se dit: Ah bien, on a un problème de coeur au Québec. Mais il faudrait peut-être essayer de voir d'où vient ce problème-là, et on s'apercevrait peut-être... C'est ce qu'on entend de façon régulière à l'Association des cardiologues, qui nous disent: Dans mon unité, présentement j'ai plus de la moitié des patients qui sont diabétiques.

Alors, est-ce que c'est un problème de coeur qu'on a réellement ou est-ce que c'est une complication du diabète qui vient remplir ces lits-là? Vous allez voir dans notre mémoire justement on dit: Un lit sur cinq. Ça semble très fort, je le sais. Il n'y a aucun chiffre là-dedans qui n'est pas soutenu par une étude, hein, aucune de nos études, des études qui ont été faites par des chercheurs. Les endocrinologues en général ont tendance à nous dire: Vous ne surestimez pas; probablement que vous sous-estimez, à de nombreux égards.

Donc, si on regarde l'ampleur du problème, si on regarde l'ampleur des complications qui sont multiples au niveau des yeux, au niveau du coeur, au niveau des reins... C'est la première cause de problèmes de dialyse rénale — la première cause — et vous savez à quel point ça coûte cher. C'est la première cause d'amputation non traumatique. C'est la première cause de cécité adulte. C'est énorme, le coût du diabète, et évidemment, si on est capable de le contrôler, eh bien là on aura réussi. C'est ce que nous soutenons dans ce mémoire, c'est de dire: Utilisons tout ce qui est disponible pour pouvoir mieux le contrôler, mais surtout éduquons ces personnes-là qui sont atteintes de ce problème de santé à comment gérer leur problème.

Vous savez, le diabète, ça se contrôle s'il est pris à temps et si on a l'éducation. À l'heure actuelle, ça, c'est

un problème énorme, d'avoir accès à cette éducation-là. Il y a tellement de baby-boomers qui viennent d'arriver maintenant dans la clientèle cible, parce que 90 % des diabétiques sont de type II, 40-45 ans et plus. Plus on vieillit, plus on est à risque. C'est héréditaire. S'il y en avait dans la famille en quelque part, on est à risque.

Alors, vous comprendrez qu'avec justement les baby-boomers qui viennent d'arriver à l'âge qu'ils ont — sûrement pas moi, vous le savez — mais, évidemment, ça, c'est quelque chose d'important. Il faut comprendre que ça ne va pas aller en diminuant; ça va aller en grandissant, le nombre de personnes atteintes, et de façon importante.

Mais, si on est capable, encore une fois je le répète, de leur apprendre comment le gérer, ils ne se retrouveront pas en aussi grand nombre dans le système de santé et ils ne vont pas justement nous coûter très cher en médication.

L'obésité est un premier facteur déclencheur du diabète. Si on apprend aux gens à contrôler leur poids un peu mieux, si on les aide, si on les accompagne — les Weight Watchers du diabète, j'oserais dire — bien peut-être qu'on réussirait à faire quelque chose d'intéressant, parce que c'est un des premiers déclencheurs.

Le sédentarisme. Vous le savez comme vous et moi, que la télécommande est rendue partout dans notre vie. Ce n'est sûrement pas pour aider. Si on peut juste apprendre aux gens à aller... Je fais souvent allusion à une image. Lorsqu'on devient aveugle, on nous dit: Tu aurais besoin d'un chien-guide. Peut-être que, quand on est diagnostiqué diabétique on devrait nous fournir un chien aussi, on serait sûr que les gens vont aller prendre une marche le soir. Si on réussissait à faire ça à tous les jours, déjà on verrait les taux de glycémie descendre considérablement, et des meilleurs contrôles. Et ça, ça ne coûte pas cher, peut-être une petite boîte d'ALPO de temps en temps. Alors, ça, c'est quelque chose d'important. Vous savez, c'est très simple. Et, évidemment, si on a besoin de médication, bien qu'on puisse avoir accès à la bonne médication et évidemment de la façon la plus simple et la moins coûteuse possible. Merci beaucoup.

• (9 h 40) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Langlois. Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui... Non. C'est terminé pour votre exposé. Merci. Alors, Mme la ministre, je vous cède la parole.

Mme Marois: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Je vous remercie de votre excellente présentation. Je pense que ça permet de donner une information tout à fait pertinente sur cette maladie que l'on peut dans certains cas éviter ou à tout le moins contrôler mieux et sans intervention trop lourde et trop majeure. Vous avez dit d'entrée de jeu que vous aviez particulièrement été satisfait de l'entrée, de l'introduction du régime d'assurance médicaments parce que ça a permis vraiment à plusieurs personnes atteintes de cette maladie de pouvoir avoir accès à la médication.

Si vous aviez des propositions à faire, générales, puis après ça on y ira un peu plus dans le particulier

éventuellement sur des changements qu'on devrait apporter à notre régime, sur des modifications, entre autres sur la question de la surconsommation. Parce que vous l'abordez aussi, cette question de la surconsommation de médicaments, et il n'y en a pas beaucoup finalement qui l'ont abordée jusque là, en venant au nom de gens qui vivent un problème particulier ou qui sont aux prises avec une maladie particulière. Est-ce que vous auriez des recommandations plus pointues à nous faire sur ces questions-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): Il est évident que la surconsommation, c'est un problème qui est particulièrement pertinent lorsque l'on sait que la personne va avoir, pour le restant de ses jours, à prendre des médicaments à tous les jours. Ce n'est pas comme quelqu'un qui va en prendre de façon passagère trois fois par jour pendant une semaine, puis on dit: Maintenant, c'est terminé, puis on espère que ça sera pour longtemps. Nous, à chaque jour, la personne devra utiliser des médicaments. Donc, il y a ça.

Il y a aussi un aspect important au niveau du diabète, c'est qu'il y a des interactions qui se font au niveau des médicaments, et la personne diabétique ne peut pas cesser son traitement, ne peut pas le réduire, mais, lorsqu'il arrive... Prenons un cas très classique, une simple gastro-entérite; pour une personne diabétique, ça devient un souci énorme. Alors, oui nous avons évidemment une préoccupation de pouvoir réduire justement au maximum le nombre de médicaments que les personnes vont utiliser. Et évidemment, c'est pour ça qu'on préconise ces mesures de favoriser l'éducation, la prévention, le dépistage précoce. Mais surtout on est même allé assez loin...

Une association comme la nôtre, c'est assez particulier. Nous ne sommes pas une fondation, nous sommes une association de personnes qui partagent un problème de santé, une préoccupation de santé, et nous savons qu'il y a, entre autres pour le diabète et pour sans doute quelques problèmes de santé qui pourraient se ressembler, un problème d'acceptation de la maladie. La personne, d'une part, doit accepter ce diagnostic de diabète et, ensuite, doit accepter qu'elle aura à prendre des médicaments à tous les jours pour le restant de ses jours.

Si tel est le cas, nous, on dit: Bien, on pourrait peut-être l'aider à comprendre l'apport de la diététiste, parce que ça, c'est quelque chose d'important. La personne qui ne sait pas que des féculents, que des pommes de terre, que du riz, que des pâtes, ça va tout se digérer en sucre, ça, bien, si elle ne le sait pas, elle est sûre qu'elle mange très santé. Elle a mangé des pommes de terre, du riz, du pain et elle ne sait pas qu'elle a mangé une quantité affolante de sucre pour son repas.

Alors, il faut une éducation même au niveau de la diète. Mais encore là ce n'est pas de dire: Consomme un médicament. C'est de dire: Apprends donc à comprendre comment manger, comment constituer tes repas et l'apport de ces choses-là et peut-être que tu n'en auras pas besoin.

Et on le sait maintenant — je voudrais juste terminer là-dessus — qu'on est capable de contrôler pendant plusieurs années un nombre considérable de personnes atteintes de diabète simplement par l'éducation sur la diète, l'exercice et réduire le poids. En faisant ça, on a un nombre important, on disait de 10 % à 15 %, et on pourrait doubler ça, on pourrait monter à 30 % minimum, le nombre de personnes qu'on contrôlerait sans médication, et ce, pendant des années et des années. Et ça, c'est extraordinaire, et c'est une caractéristique au diabète qui n'existe pas ailleurs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Langlois.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. C'est très éclairant ce que vous nous apportez. Vous-mêmes comme association, vous faites évidemment de cette éducation et vous travaillez beaucoup avec les professionnels de la santé, bien sûr. D'ailleurs, ceux-ci vous accompagnent ce matin. Qu'est-ce que vous suggéreriez que l'on puisse faire de plus que ce qui se fait maintenant, et à quel niveau le faire dans le sens de comment s'adresser aux populations à risque ou aux personnes à risque? Je comprends qu'on est nombreux en ce sens que c'est un sur quatre. C'est bien ça que je comprends. C'est énorme finalement avec les coûts que ça engendre. Comment pensez-vous que l'on devrait procéder, auprès de quel groupe en particulier, et par quel mécanisme ou quelle institution, si on veut?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): C'est sûr qu'il y a une approche régionale importante. Je pense qu'il faut être près des gens là où ils sont. Et ce qu'on constate présentement, c'est qu'à Montréal, à Québec, entre autres, nous sommes gâtés. Il y a plusieurs endocrinologues disponibles, il y a vraiment des centres d'éducation disponibles. Le problème, c'est lorsqu'on s'en va en région plus éloignée. Si on continue, si on s'en va sur la Côte-Nord ou en Gaspésie, bien là on ne trouvera plus ces centres-là. Et, si nos associations locales n'étaient pas là, bien il n'y aurait pas grand-chose qui se ferait.

Alors, je pense qu'il faudrait favoriser d'une part l'intervention... Vous savez, l'intervention de bénévoles comme les nôtres, ce n'est pas là pour remplacer des professionnels de la santé, mais c'est peut-être là pour aider à accompagner les gens à de l'information, à avoir accès à la bonne source d'information et justement pouvoir les aider si on parle... Je faisais une blague tantôt avec les Weight Watchers du diabète, mais ça prend des gens quand même pour accompagner ces programmes-là. Alors, ça, des forces bénévoles pourraient contribuer, et, on le sait, c'est très intéressant économiquement. Mais il faut favoriser peut-être une approche...

Sans doute que les CLSC, et, entre autres, ça serait un bon exemple, il y aurait quelque chose à faire d'important à ce niveau-là, parce que, eux, ils sont près

justement de la population locale, et c'est une façon de le faire. Ce n'est pas la seule porte d'entrée qu'on pourra imaginer, là, mais il faut pouvoir arriver de façon régionale à pouvoir être partout présent et de façon à ce qu'il n'y ait pas d'inégalité régionale. Et le problème qu'on a présentement, c'est que souvent dans ces régions-là, la population est encore plus vieillissante...

Mme Marois: Effectivement.

M. Langlois (Serge): ...et donc il y a plus de personnes atteinte de diabète ou qui vont le devenir. Et, s'il y a encore moins de ressources, bien là on est dans une espèce de cercle vicieux qui ne favorise pas. Je ne sais pas Dr Nadeau si vous avez des idées à ce niveau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Nadeau, vous voulez vous exprimer sur ceci?

M. Nadeau (André): Oui. Je pense qu'il y a beaucoup de choses intéressantes qui sont dites, là. Si je retouche à la surconsommation de médicaments, je pense, dans le cas du diabète, qu'on ne peut pas tellement parler de surconsommation. On peut peut-être parler de mauvaise utilisation. Parce que, si on surconsomme trop ces médicaments-là, on va aller en hypoglycémie, ce qui est aussi désagréable qu'être en hyperglycémie et même plus désagréable. Alors, les gens ont plutôt tendance des fois à sous-consommer leurs médicaments. Alors, il y a un élément d'éducation qui est important.

Ce qu'il faut voir aussi, c'est que parfois les médicaments qu'on a à utiliser ne sont pas toujours les plus adéquats, manque d'informations. Et je pense que l'information doit descendre...

Mme Marois: Excusez-moi. Oui, juste ce manque d'information dans le fond, c'est chez les professionnels?

M. Nadeau (André): En partie.

Mme Marois: Il y a un travail à faire, j'imagine?

M. Nadeau (André): Il y a un travail à faire au niveau des professionnels, et, je pense, des associations comme l'Association du diabète Québec le fait, les associations professionnelles le font. Mais ils n'en font pas assez à mon avis. Je suis peut-être un peu biaisé. Quand on parle que 15 % de la population est touchée par une maladie, il faut que l'information se rende, et les gens ne sont pas conscientisés à ça encore.

● (9 h 50) ●

Si on retourne au niveau des ressources, c'est sûr qu'avec des diététistes, des meilleures infirmières dans l'enseignement, il va avoir moins de consommation de médicaments parce que la personne va être à un poids idéal, elle va être plus active. Alors, ça, c'est un élément important qui manque un peu dans le réseau. Si je fais une petite passe ici, là, le virage ambulatoire, c'est vraiment pour les diabétiques qu'il a été fait. J'ai commencé ma

pratique j'avais 32 malades dans l'hôpital et là j'en ai zéro. Ils sont en virage ambulatoire, la majorité...

Mme Marois: Bien, c'est un des succès, c'est une de nos réussites, ça, dans un sens.

M. Nadeau (André): Ça, il faut le voir comme une chose qu'il faut continuer.

Mme Marois: Oui, je suis d'accord, je comprends bien.

M. Nadeau (André): Et qui est importante. Et à ce moment-là probablement que la consommation de médicaments va diminuer.

Mme Marois: Oui. Parce que je trouve ça très intéressant, votre approche, au sens où c'est le fondamental qu'on touche, hein? Plus on va dépister tôt, plus on va aussi informer; plus on va sensibiliser les gens, plus les comportements vont changer. Ce n'est pas vrai juste pour le diabète, hein, ce que vous dites, une saine alimentation, de l'exercice, une qualité saine de vie, c'est autant pour le diabète que pour les problèmes reliés aux problèmes cardiovasculaires, etc. Alors donc, en ce sens-là je pense que c'est particulièrement intéressant ce que vous soulevez dans le fond. Je retiens mon temps pour d'autres questions par la suite.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiseau: Merci, Mme la Présidente. Madame, messieurs, bonjour et bienvenue. Moi, je vais vous dire, j'ai appris plein, plein de choses en lisant votre mémoire que j'ai trouvé très, très intéressant. J'ai été estomaquée d'apprendre qu'il y avait autant de personnes qui étaient atteintes de la maladie au Québec. Je suis peut-être une qui ignore qui l'a, mais j'ai un chien, alors ça m'aide un peu.

J'aimerais vous demander: Pourquoi la maladie cible-t-elle les 45 ans et plus, et pourquoi cette tendance que vous pensez, là, qui est quand même fulgurante, que la maladie va doubler d'ici 10 ans? Est-ce que c'est seulement le vieillissement de la population ou...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): Il y a un côté de vieillissement de population qui est indéniable à ce niveau, et ça, comme je le soulignais préalablement, c'est les baby-boomers qui viennent justement d'entrer dans la clientèle cible. On le sait, c'est la couche démographique la plus importante à l'heure actuelle. Et plus les gens vieillissent... On dit souvent, si tout le monde pouvait vivre aussi vieux qu'on l'espère, on deviendrait tous ultimement un jour diabétiques. Alors, c'est sûr qu'en vieillissant, bien il y a un facteur qui s'accroît, le nombre de personnes qui

deviennent diabétiques augmente. C'est pour ça qu'on est en mesure de voir l'évolution, et il n'y a pas qu'au Québec, remarquez, qu'on constate ce phénomène, et on est en mesure de voir que dans 10 ans justement on va doubler.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Aras.

M. Aras (Marc): Oui, ce que je voudrais ajouter là-dessus, c'est que bien entendu il y a aussi, comme on en parlait, le régime de vie, le style de vie, l'alimentation, et tout ça, qui jouent un grand rôle. Alors, dans notre approche face bien entendu aux médicaments, c'est que pour un bon nombre de diabétiques on ne pourra pas s'en sortir autrement que par des médicaments.

Et ce qu'on veut défendre aussi, c'est le fait que les diabétiques puissent avoir accès à la meilleure médication possible. Et c'est pour ça qu'effectivement on s'est présenté aujourd'hui, en se disant: On a un régime qui est extrêmement intéressant et qui permet justement à des tas de gens de pouvoir avoir les médicaments qu'il leur fallait depuis un bon bout de temps et qu'ils ne pouvaient pas se payer à l'époque et qu'ils sautaient souvent. Ils nous appelaient en disant: J'ai besoin d'insuline, je n'en ai pas suffisamment ou je n'ai pas tel médicament.

Alors, ce qui est certain, c'est que justement par le fait que c'est une véritable épidémie... Et ce n'est pas simplement nous qui le disons, la Fédération internationale du diabète le considère aussi. On parle de 140 millions de diabétiques dans le monde. Alors, c'est un nombre assez faramineux. Heureusement, dans un endroit comme où on vit, en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, les gens peuvent avoir accès à des médicaments, à tout ce qu'on veut, mais il s'agit de pouvoir continuer, de pouvoir leur fournir suffisamment de médicaments pour pouvoir s'en sortir et ne pas engorger les autres étapes, qui sont bien entendu la chirurgie, les hôpitaux, etc.

Alors, c'est pour ça que, dans notre approche, on a une approche peut-être un peu plus globale, mais il ne faudra pas non plus oublier la facette médicaments. On voudrait faire plus pour qu'effectivement on puisse contrôler la quantité de médicaments, mais il ne reste pas moins que beaucoup de gens ne pourront pas s'en sortir autrement. Et il est important pour nous aussi de défendre le fait que des gens qui ont souvent des revenus assez limités ne puissent pas avoir accès, et, s'ils ne peuvent pas avoir accès aux médicaments, ça veut dire nécessairement qu'il va y avoir des complications plus tard, et souvent ces personnes-là vont perdre et leur famille et leur emploi, etc., parce que l'impact est énorme sur la vie d'une personne.

Alors, c'est pour ça que, quand on parle actuellement de ce qui se produit, il y a eu une évolution très importante. On parle pour 2010 de doubler la population des diabétiques et effectivement toutes les tendances actuelles le démontrent. Que ce soit aux États-Unis, en Europe de l'Ouest ou ici, on retrouve exactement cette même tendance et qui est due, comme on le disait, au

vieillessement de la population mais qui est aussi due justement à d'autres facteurs qui sont la façon de vivre.

M. Langlois (Serge): Peut-être tout simplement pour ajouter une petite phrase.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): Il y a un facteur héréditaire au diabète. Or, il y avait Adam et Ève, et regardez combien on est rendu. C'est le même phénomène qui s'applique au niveau du diabète. Évidemment, s'il y en avait dans la famille, on devient à risque. Ça ne veut pas dire qu'on va nécessairement devenir diabétique, mais il faut se surveiller. Et évidemment que le nombre augmente toujours, toujours et toujours. Alors, ça ne va pas aller en diminuant, ça va aller en augmentant. Et dernier phénomène, c'est qu'il y a un type de diabète qui souvent est oublié, c'est le diabète gestationnel, lorsque la femme est enceinte. Souvent, elle devient diabétique à ce moment-là. Et, une femme qui a eu un diabète de grossesse, dans les cinq à 15 ans qui suivront, elle a une chance sur deux de devenir diabétique. C'est énorme. Une chance sur deux. Ce n'est pas une sur x cent mille. Une sur deux. Alors, c'est énorme. Alors, c'est toutes sortes de phénomènes qu'on n'avait comme pas constatés. Mais, grâce à la recherche, entre autres, on a pu justement avoir plus d'informations depuis 10 ans, notamment sur le diabète, qui nous ont fait avancer à pas de géant et particulièrement même depuis cinq à sept ans.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Langlois. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci. J'aimerais revenir sur l'accessibilité des médicaments, parce que, pour une personne qui est atteinte du diabète, c'est très, très important pour le contrôle de sa maladie. Vous n'êtes pas sans savoir qu'avec l'implantation du régime de l'assurance médicaments, oui, il y a une plus grande accessibilité pour un certain nombre de personnes, mais il y a des personnes qui avaient accessibilité à leurs médicaments, qui aujourd'hui, au moment où, nous, on échange, ne peuvent pas se procurer les médicaments faute d'argent. Alors, moi, je reviens peut-être aux deux propositions que vous faites au gouvernement. Vous lui dites: Limitez la hausse des cotisations afin de permettre à tous de recevoir les meilleurs services, tout en ne sacrifiant pas une population capable de déboursier plus pour ces services. Et ensuite, vous dites: Conservez le pourcentage de coassurance à son niveau actuel.

J'aimerais peut-être vous cibler juste un petit passage du mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec. Ils ont fait une consultation dans leurs établissements et dans le secteur de l'hôpital, et on nous disait que, pour les personnes âgées, l'impact de la contribution, pour les personnes âgées à faibles revenus,

avait fait un déséquilibre budgétaire et les avait forcés à faire des choix. Et, au moment où on se parle, il y a des personnes âgées au Québec qui ont soit arrêté la médication ou soit une prise sporadique ou partielle de médication, d'autres ont cessé le médicament dont les effets sont imperceptibles dans l'immédiat mais qui entraîne des conséquences beaucoup plus graves à moyen et à long terme.

Moi, j'aimerais savoir, quand vous parlez de conserver le pourcentage de coassurance pour ces personnes-là, la situation demeurerait la même, elles continueraient à ne pas être capables de se procurer leurs médicaments. Est-ce que pour cette particularité de personnes là, ce type de personnes là, démunies, âgées, et même les assistés sociaux, parce que le gouvernement n'a pas réglé le problème pour tous les bénéficiaires de l'aide sociale, est-ce qu'on ne devrait pas avoir une mission sociale et voir à une protection accrue pour ces gens-là et peut-être même voir à baisser, certains groupes nous disent à éliminer, la coassurance? Mais j'aimerais vous entendre parce que vous avez sûrement des membres, des gens que vous connaissez, des gens qui vous consultent qui vivent cette situation-là, dramatique.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): C'est une question à plusieurs facettes. D'une part, force est d'admettre qu'au paravant nous avions un nombre considérable d'appels à chaque semaine de personnes qui ne pouvaient se payer les médicaments. Ce qui n'est plus le cas. Alors, dans ce sens-là ça vient justement corroborer le préambule où nous saluons justement cette assurance médicaments.

D'autre part, on comprend que ce qu'on veut faire, je pense, c'est d'éviter les effets pervers justement de l'accessibilité trop vaste. Et ça, écoutez, nous sommes des personnes qui partageons une préoccupation de santé, nous sommes aussi des contribuables et nous sommes capables de dire: Oui, il faut à la fois se méfier des effets pervers, mais aussi il faut protéger justement la personne qui a de la difficulté. Et il y en a encore, des appels. Je ne vous dis pas qu'il n'y en a pas. Là-dessus, vous avez raison. On a des appels encore de personnes qui nous disent: Écoutez, il ne me reste plus d'argent.

● (10 heures) ●

Je peux vous dire que j'ai parlé à un monsieur qui habite sur la rue Jean-Talon, à Montréal, la semaine dernière, et ce monsieur-là a dit: Écoutez, j'ai perdu mon emploi, je suis un immigrant, donc j'ai peut-être un petit peu plus de difficultés à retrouver un autre emploi; là, j'en suis rendu à l'aide sociale, j'ai deux enfants, j'ai une famille, j'ai de la difficulté à arriver, est-ce que vous avez des programmes pour m'aider à payer mes bandelettes? Parce que, il dit, j'ai des bandelettes à acheter.

Des bandelettes, là, c'est pour la lecture, la prise de notre glycémie. Ça, c'est extraordinaire qu'on ait ça. Et, dans de nombreux pays, je peux vous le dire parce que je siège à la Fédération internationale du diabète justement,

dans de nombreux pays qui nous entourent, il n'y en a pas de bandelettes. Alors, on est contents de pouvoir les avoir. Ça nous indique où on en est au taux de sucre dans le sang, au fil de la journée. Les bandelettes sont remboursées, oui, mais encore faut-il payer le... Voilà.

Et ça, c'est un des aspects parmi les autres de personnes qui utilisent peut-être un peu plus de médicaments. Oui, il peut y avoir des contraintes. Alors, ça, je pense qu'il y a des ajustements qu'il reste à faire à ce niveau-là. C'est sûr que rien n'est parfait puis que ça pourrait toujours être bonifié.

Au niveau des personnes plus âgées, il faut comprendre qu'il y a des personnes plus âgées qui sont peut-être très en mesure de le payer et il y en a d'autres qui ont un faible revenu. Celles qui ont un faible revenu et qui sont peut-être un peu plus serrées — là aussi je pense que, oui, on a déjà eu des personnes qui nous ont contactés parce qu'elles avaient une préoccupation à ce niveau-là — oui, il y a peut-être un ajustement.

Ce qu'on a dit, nous, c'est d'essayer de préserver, justement, les acquis. La santé, c'est un problème de collectivité québécoise. Mais je pense qu'on fait bien d'essayer au maximum — et je dis bien au maximum — de contrôler la gestion des médicaments qui sont consommés par cette collectivité-là. Je pense que ça nous concerne tous. Mais, à quelque part, oui, il y a peut-être des ajustements qui pourraient être faits au niveau des personnes âgées à faibles revenus, à revenus très, très limités — c'est pour ça que je parlais de contraintes financières tout à l'heure — et ceux qui sont peut-être, entre autres, sur l'aide sociale. Ou n'oublions jamais les gens qui sont au salaire minimum. Il y a beaucoup, entre autres, de mères monoparentales qui travaillent au salaire minimum et qui, donc, ne sont pas sur l'aide sociale, mais qui sont assez limitées au niveau de la marge de manœuvre. Ça aussi, il faut toujours le considérer, c'est un fait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Et merci beaucoup pour votre présentation par l'Association diabète Québec. Je voudrais vous féliciter pour votre travail. Nous avons eu une chance de vous rencontrer, la députée de Vanier, la députée de Marie-Victorin, le député de Saint-Laurent, tous ensemble. Ce n'est pas souvent qu'on fait des choses ensemble.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Mais nous avons tous appris beaucoup de choses par votre présentation. Et je voudrais juste féliciter tous les bénévoles impliqués dans votre cause. Avec tous les programmes d'éducation, de formation, les camps, etc., vous faites un travail extraordinaire.

Il y a deux recommandations... Vous en avez fait cinq, mais une question sur deux. Une sur permettre d'ajouter les nouveaux médicaments. Parce que vous avez

parlé beaucoup de l'accessibilité aux médicaments par le programme d'assurance médicaments, mon collègue a déjà questionné sur ça. Je voudrais mieux comprendre. Est-ce qu'il y a un problème pour l'accès sur la liste des nouveaux médicaments?

Deuxième question, je voudrais mieux comprendre aussi. Vous avez dit dans vos études qu'un sur cinq de vos lits sont directement attachés avec le diabète. Sur un meilleur programme d'utilisation optimale de nos médicaments, est-ce qu'on peut réduire ce pourcentage et à quel niveau? Deux volets de la question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Langlois.

M. Langlois (Serge): Au niveau de la liste, évidemment que... Il n'y a pas un nombre considérable de médicaments pour le diabète. Il y a d'autres problèmes de santé où il y a des pages et des pages, et on le voit, mais pas au niveau du diabète. Pendant longtemps, on a eu certains médicaments, puis ça fonctionnait. Bon. Là, quand je parlais des 10 dernières années où il y a eu beaucoup... je pense qu'on a constaté, pour toutes sortes de raisons, qu'on avait besoin de faire de la recherche sur le diabète au niveau des médicaments et que cette recherche-là a donné des résultats. Tant mieux. Il y a de nouvelles approches thérapeutiques maintenant qui viennent avec ces médicaments-là, et c'est intéressant. Évidemment, on est conscients qu'au niveau des coûts il y a une réalité. On en est conscients.

Mais, si vous me demandez: Est-ce qu'il y a des choses intéressantes? on pourrait demander au Dr Nadeau de nous en parler d'une manière beaucoup plus avisée que moi tantôt, mais c'est sûr qu'il y a des choses, entre autres, et on a donné un exemple là-dedans, que ce soit au niveau du soin des pieds, où on était à peu près dans le désert et là justement il arrive des approches, que ce soit au niveau de nouveaux types d'approches d'insuline, de nouveaux types d'approches de gestion du diabète de type 2, qui sont de nouvelles portes d'entrée pour arriver à contrôler.

Et là ça m'amène dans la deuxième partie de votre question. C'est que, si on arrive à mieux contrôler, bien, c'est bien sûr qu'au bout de la ligne on va arriver à réduire le nombre d'hospitalisations; ça va ensemble. Et c'est ça qui nous semble intéressant, c'est d'arriver à mieux contrôler pour réduire le nombre d'entrées à l'urgence et d'hospitalisations. Comme je disais, une simple gastro peut nous faire entrer... Je ne sais pas si...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan, votre temps de parole est déjà épuisé. Alors...

M. Williams: Malheureusement. Nous allons avoir le temps plus tard de jaser.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...je dois céder la parole à la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Oui, bonjour. Alors, moi aussi, comme tous mes collègues, je vous félicite pour votre mémoire. J'ai beaucoup appris. J'aurais une sous-question par rapport à une réponse que vous avez donnée quand vous avez parlé de diabète gestationnel et vous avez dit que le diabète était héréditaire, quand vous avez dit une femme sur deux. Est-ce que, à ce moment-là, le foetus, le bébé que la mère porte, ça a des effets sur l'enfant et on peut considérer que ça va accroître le nombre de personnes diabétiques? Ça, c'est ma sous-question par rapport à l'intervention qui a été faite de l'opposition.

Mais, moi, je voulais aussi vous demander d'élaborer parce que, un peu dans la suite, vous demandez de permettre d'ajouter des nouveaux médicaments à la liste dans la mesure où les avantages ont été démontrés en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Ce que je voudrais savoir, c'est: Le document et les pistes de révision suggèrent cinq critères pour élaborer cette liste-là, est-ce que ces critères-là vous satisfont? Et est-ce que, dans l'ensemble, le processus pour inscrire les médicaments qui revient d'une façon régulière vous satisfait ou est-ce que vous auriez des suggestions à nous faire dans ce sens-là? En tout cas, je vais voir pour la première question, là, sur le facteur héréditaire et le nombre d'enfants qui pourraient être affectés, etc.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Nadeau.

M. Nadeau (André): En fait, le diabète de la mère affecte l'enfant. Mais c'est juste une statistique, ça n'augmente pas de façon considérable le risque que l'enfant devienne diabétique parce que la mère est diabétique. Si on parle des diabètes juvéniles, le risque est accru d'environ deux à trois. Et, si on parle que c'est un enfant sur 200 qui est à risque de développer le diabète, on parlerait peut-être d'un enfant sur 70. En fait, c'est plus le père qui transmet l'hérédité du diabète que la mère — si ça peut satisfaire ces dames, ici — vraisemblablement, parce que, quand la mère est diabétique et que l'enfant est diabétique, il y a plus facilement d'avortement et de rejet, semble-t-il. C'est une des théories de certains, mais il n'y a pas eu vraiment d'études scientifiques. Ça ne s'étudie pas, ce genre de problème, comme vous pouvez voir, hein.

Mme Leduc: Mais, si je comprends votre réponse, ça veut dire, si j'ai bien compris, que, normalement, dans l'ensemble de la population, c'est un enfant sur 200, parmi les diabétiques juvéniles, qui peut être affecté. Et c'est un sur 70 des enfants dont la mère aurait eu ce diabète-là? C'est-u ça que je comprends?

M. Nadeau (André): Certaines statistiques semblent dire ça, oui.

Mme Leduc: Semblent dire ça.

M. Nadeau (André): Oui.

Mme Leduc: Donc, oui, il y aurait quand même un impact. Alors, O.K. Je vais...

M. Nadeau (André): Mais le diabète gestationnel, ça peut être avec des diabètes de type 2 aussi, et ça, c'est plus difficile à prédire. Comme l'incidence est d'environ un sur 10 maintenant, dans le diabète de type 2, on est peut-être rendu à un sur cinq lorsqu'on est rendu avec une mère diabétique.

Mme Leduc: Mais, si on parle de prévention, c'est que ces enfants-là, normalement, s'il y a un programme de prévention et de sensibilisation, on devrait inciter les parents à voir à ce qu'ils maintiennent leur poids, fassent de l'exercice, etc. Ça pourrait être intéressant...

M. Nadeau (André): Il y a un dépistage systématique qui est fait de toutes les femmes enceintes dans les pays industrialisés pour dépister ça, pas tellement pour la mère comme pour le fœtus.

Mme Leduc: Pour le fœtus, oui.

M. Nadeau (André): O.K.?

Mme Leduc: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, merci. Mme la ministre, il vous reste maintenant environ deux minutes.

Mme Marois: D'accord. Merci, Mme la Présidente. Juste pour rappel, parce que je pense que c'est intéressant qu'on puisse se le dire aussi, vous savez qu'il y a des travaux importants qui se font, avec vous d'ailleurs, à la Direction de la santé publique, puisqu'on sait très bien que ça doit constituer, ce problème, une *priorité stratégique évidemment, en termes d'intervention* dans l'ensemble des priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

● (10 h 10) ●

Aussi, vous faisiez référence au coût des médicaments, puis on sait qu'il y a une croissance considérable. Dans le cas des bandelettes, entre autres, on a relevé la statistique chez nous, on a eu une variation, autrement dit une augmentation, entre 1988 et 1998, de 711 %, c'est-à-dire qu'on est passé de 2 358 000 \$ de coûts à 19 132 000 \$. Évidemment, c'est un mieux parce que c'est très nécessaire et utile, et tant mieux. Mais c'est pour voir comment ça explose évidemment, tous ces coûts, et, donc, il faut être capable d'en rationaliser un certain nombre. Par ailleurs, non seulement il se fait de la recherche, mais c'est acquis effectivement chez nous que ça doit être traité comme une intervention prioritaire, ça va de soi, autant en termes d'éducation que de meilleure couverture du médicament.

Là où je voulais vous rassurer, dans les différents scénarios qui sont prévus pour transformer le régime, pour le modifier, il y a quelques scénarios qui prévoient qu'on

ne touche absolument pas aux acquis pour ce qui est des bas revenus ou pour ce qui est des personnes qui sont à bas revenus, de même que ces personnes qui sont actuellement exemptées. Je pense aux personnes à la sécurité du revenu qui sont considérées comme ayant des barrières importantes à l'emploi. Et, sur ça, normalement, dans les scénarios qu'on retiendra, on voudrait bien pouvoir préserver ces aspects-là. Alors, pour vous rassurer. Une dernière toute petite question... C'est fini?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Votre temps est déjà épuisé, Mme la ministre.

Mme Marois: En fait, je vous remercie de votre excellent mémoire et intéressante contribution à nos travaux. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci. Merci beaucoup M. Langlois, merci à tous les gens qui vous accompagnent.

Et je demanderais immédiatement aux représentants de PharmaVision Québec de prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous rappelle que la commission consacra 45 minutes pour l'audition de votre organisme, dont 15 minutes pour la présentation de votre mémoire et 30 minutes réparties entre les deux groupes parlementaires. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à M. Paul L'Archevêque. M. L'Archevêque, j'apprécierais, pour les fins de l'enregistrement, que vous nous présentiez les gens qui vous accompagnent.

PharmaVision Québec inc.

M. L'Archevêque (Paul): Tout à fait. Alors, les gens avec moi ce matin qui sont mes collègues de chez PharmaVision: à ma mon extrême gauche, j'ai le Dr Pavel Hamet, directeur de la recherche au Centre de recherche du CHUM; immédiatement à ma gauche, j'ai M. Jacques Boisvert, président-directeur général de Technilab; et à ma droite j'ai M. Luc Vachon, vice-président et directeur général de Cato Recherche Canada.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, vous avez 15 minutes, M. L'Archevêque.

M. L'Archevêque (Paul): Merci. Alors, Mme la ministre et Mme la Présidente, au nom de PharmaVision, je tiens à vous remercier pour votre invitation à participer à cette session organisée par la commission parlementaire des affaires sociales. PharmaVision est un organisme à but non lucratif, une organisation unique au Canada qui réunit à la même table les intervenants du milieu biopharmaceutique québécois, incluant les milieux de la recherche en santé, les chercheurs eux-mêmes, les universités et les instances gouvernementales.

On retrouve actuellement 66 membres chez PharmaVision, les grandes entreprises biopharmaceutiques comme les petites, les entreprises novatrices comme les génériques, les représentants de quatre ministères, dont Industrie et Commerce, Éducation, Science et Technologie et Santé et des Services sociaux, les organismes de recherche tels que l'IRCM, le FRSQ, l'Institut Armand-Frappier, ainsi que les universités. Tous ces joueurs ont un rôle déterminant dans le développement de l'industrie biopharmaceutique au Québec. Cette industrie compte près de 135 entreprises qui emploient plus de 13 000 personnes, dont environ 5 000 chercheurs, et avec un budget de recherche de 340 millions de dollars par année.

Le Québec, chef de file au Canada, reçoit plus de 40 % des investissements totaux en R & D par rapport à son poids de population — c'est évidemment énorme, quand on pense à 25 % de la population — et, de plus, 46 % du financement industriel de la recherche universitaire provient du milieu biopharmaceutique. C'est un énorme potentiel d'une des industries certainement les plus dynamiques au pays dont la présence se fait sentir non seulement à Montréal, mais également à Sherbrooke, à Québec et dans les régions. Le Québec abrite, en plus, près de la moitié des chercheurs de l'industrie.

La mission de PharmaVision est simple, c'est celle de regrouper et promouvoir les intérêts et le développement de l'industrie biopharmaceutique de même que stimuler son expansion au Québec. PharmaVision intervient plus particulièrement sur cinq questions: l'action au marché, la recherche et le développement, les brevets, la disponibilité de la main-d'oeuvre et la formation, et bien sûr la fiscalité. Pour chacun de ces axes, nous nous attardons à mesurer la compétitivité du Québec de façon à maintenir un facteur d'attrait plus important pour le Québec et ainsi profiter d'investissements supérieurs, au Québec.

La raison d'être du mémoire de PharmaVision, c'est qu'à notre avis il est important de favoriser plus particulièrement: l'usage optimal du médicament, le bon produit au bon patient, au bon moment puis pour la bonne durée; une meilleure coordination et gestion des soins de santé, décloisonner nos points de référence et mesurer les coûts de santé dans leur globalité et non pas en compartiments ou en silos; un meilleur accès au marché, parce que, en bout de compte, c'est le patient qui attend, et parfois très longtemps, ceci bien sûr malgré le fait qu'au Québec nous jouissons d'une plus grande rapidité pour le remboursement de nos produits; et finalement une plus grande valorisation de la recherche.

La révision du régime général d'assurance médicaments est, à notre avis, l'occasion de proposer des solutions ayant pour but d'améliorer l'accès aux médicaments et leur utilisation optimale, un des principaux défis liés au contrôle des coûts et à l'atteinte des objectifs du programme. Le programme d'assurance médicaments du Québec, un des plus progressistes au Canada, protège les citoyens contre les risques financiers associés à la maladie et à la prise de médicaments parfois coûteux. Il reconnaît le rôle du médicament dans l'amélioration de la

santé du patient, la prévention de la maladie et la réduction de la charge économique associée au traitement de la maladie.

Prenons un exemple particulier. Si on pense aux antiulcéreux, ces médicaments-là ont été introduits au début des années soixante-dix. On pense à des médicaments tels que le Tagamet, le Zantac, le Pepsid et le Losec, etc., ces produits ont eu bien sûr un effet sur le budget médicaments important. Mais, si on regarde pour l'ensemble du système de santé, on remarque que ces mêmes produits ont eu des conséquences très positives pour l'ensemble du système de santé. Au cours des 20 dernières années, on a investi 5 milliards de dollars dans le traitement des ulcères, et ça, surtout dans le budget médicaments. C'est cher, certains diront. Mais, sans l'apparition de ces nouvelles thérapies, il en aurait coûté 20 milliards de dollars de plus pour traiter ces mêmes ulcères. Dans ce contexte, on peut comprendre que le rôle du médicament sera appelé à augmenter.

Le système de santé fait face à des défis absolument énormes. D'ici l'année 2011 — c'est dans 11 petites années d'ici — pratiquement la moitié de la population aura 45 ans et plus, comparé, en 1996, à 33 % de la population. On sait déjà que les coûts per capita en soins de santé doublent lorsqu'il s'agit des personnes de 45 ans à 65 ans et qu'ils sont multipliés par cinq pour les personnes de plus de 65 ans. Le seul vieillissement de la population devrait faire augmenter les coûts de soins de santé de 24 %, et ça, uniquement pour maintenir le niveau de services actuellement offerts.

Mais il y a plus. Les pressions technologiques, avec la progression rapide des nouvelles technologies, nouveaux équipements, nouveaux médicaments, nouvelles expertises, entraîneront d'autres défis. Si on prend, par exemple, la recherche en génétique, ça va nous permettre d'ici quelques années d'identifier notre code génétique et ça va complètement transformer la médecine et le traitement des maladies. On peut, à juste titre, se demander comment on va faire pour faire face à tous ces défis-là. La nécessaire préoccupation budgétaire, et pas seulement au Québec mais partout dans le monde, est peut-être le pire obstacle à la gestion optimale de la santé. Voici donc quelques suggestions suite au mémoire déposé. Nous allons vous présenter quatre grands principes.

Le premier grand principe, remettre le patient en point de mire. Vous conviendrez avec moi que l'évolution des dernières années nous a parfois fait perdre de vue le patient. Il nous faut redonner à la clientèle sa place première dans notre système de santé.

● (10 h 20) ●

Deuxième grand principe, se fixer des objectifs communs clairs, quantifiables et axés sur la qualité des services ainsi que sur la responsabilisation et l'imputabilité de nos gestionnaires. Ceci est indissociable d'une gestion efficace axée sur les résultats. Pour chaque nouvelle intervention ou traitement, on devrait déterminer de façon précise la réponse à trois questions différentes: Quel est l'impact clinique? Quel est l'impact humain? Et quel est l'impact économique de ces interventions-là?

Troisième grand principe, se doter d'outils de mesure qualitatifs et quantitatifs. Ainsi, nous partageons donc le constat tiré du document intitulé *Évaluation du régime d'assurance médicaments*. Dans un souci d'obtenir le meilleur rendement possible des sommes investies par le gouvernement et par les individus, l'utilisation optimale des médicaments devrait être assurée par la mise en place ou la consolidation d'un ensemble de mesures, notamment la Revue d'utilisation des médicaments.

En créant le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, le gouvernement percevait l'importance que les médicaments soient bien utilisés. Nous reconnaissons l'importance de ce Comité. Il faut cependant considérer l'ampleur de la tâche à accomplir et se poser des questions par rapport aux ressources qui sont accordées à ce Comité. De plus, l'industrie biopharmaceutique est consciente de son rôle par rapport à l'évolution de ces études et compte bien y participer.

Quatrième et dernier grand principe, favoriser une meilleure synergie, une meilleure coordination de l'ensemble des interventions qui sont faites en vue d'assurer l'utilisation optimale des médicaments. Les intervenants privés et publics de tous les niveaux, les communautés, les patients eux-mêmes, tous doivent être impliqués dans la gestion de leur santé.

C'est dans cet esprit que Glaxo Wellcome, il y a quelques années, a lancé un projet de formation et de prévention pour les patients asthmatiques, que nous avons baptisé le projet PRISM. Ce projet met en pratique plusieurs des grands principes que je viens d'énoncer. Il met le patient au coeur de ses préoccupations. Il responsabilise le patient asthmatique via son éducation. Il vise à créer une meilleure synergie de tous les intervenants, de tous les professionnels de la santé impliqués dans le traitement du patient asthmatique. Finalement, il s'est donné des objectifs précis mesurables, avec des méthodes d'intervention également très précises et démontrées par la recherche.

Concluons donc. L'exercice en cours peut affecter de façon radicale les déterminants les plus fondamentaux des décisions relatives à l'investissement biopharmaceutique, et ce, plus particulièrement la question du prix de référence. Tout comme le gouvernement du Québec, la maîtrise des coûts de santé est un objectif que l'industrie biopharmaceutique partage. Compte tenu du vieillissement de la population, de l'apparition des nouvelles technologies, c'est une préoccupation qui est là pour rester. Il faut donc trouver une solution à long terme. Il faut donc trouver des solutions globales.

Le Québec dispose déjà de bases de données d'une expertise de recherche clinique qui pourraient être utilisées à des fins d'analyse en vue d'une gestion optimale de la santé et de mise en place de partenariats avec l'industrie biopharmaceutique. L'expertise dont dispose l'industrie biopharmaceutique pour développer et commercialiser les nouveaux médicaments pourrait être également mise à contribution, tel que le proposait le rapport Arpin quand il suggérait d'évaluer ou d'explorer de nouvelles formes de partenariat entre le public et le privé.

L'équilibre entre les objectifs publics de contribuer à l'innovation et de faire la promotion des mécanismes de contrôle des risques et des coûts des soins de santé doit être maintenu. Malgré le fait que le problème des coûts de médicaments soit identifié, il est encore primordial de s'assurer de leur bonne utilisation et, conséquemment, de poursuivre des objectifs d'amélioration de santé.

L'appui du gouvernement du Québec est crucial pour permettre aux entreprises locales d'établir un leadership fort au Canada et mondialement. L'industrie biopharmaceutique contribue significativement à la résolution des problèmes de santé. L'industrie biopharmaceutique apporte des contributions importantes. L'industrie biopharmaceutique fait partie des solutions.

Chez PharmaVision, nous croyons important de faciliter la croissance de notre secteur d'activité, car on a une industrie porteuse d'avenir. Depuis plusieurs décennies, nous avons construit ici, au Québec, un noyau industriel dynamique, prometteur et important, avec la biopharmaceutique. Au moment où s'amorce la course à l'ADN, le moment le plus excitant qui s'en vient, il nous apparaît très important de pouvoir continuer d'y participer. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Archevêque, pour votre exposé. Je cède maintenant la parole à la ministre et députée de Taillon.

Mme Marois: Oui. Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie pour votre mémoire, qui est effectivement très éclairant à bien des égards. Je vais vous demander d'aller un peu plus loin sur certains aspects. J'essaie de retrouver dans votre mémoire où vous nous dites... Ah! voilà. C'est à la page 4 du mémoire, juste un petit commentaire, vous dites: «Si les gouvernements en venaient à la décision de ne plus rembourser les nouveaux médicaments en raison de contraintes budgétaires, on pourrait se demander si la pertinence d'effectuer de la recherche et du développement ici ne serait pas remise en question. D'ailleurs, en plus de décourager l'innovation et priver les patients des avantages thérapeutiques des nouveaux médicaments, les politiques restrictives en matière de remboursement des médicaments ne règlent pas le problème de la hausse des coûts de santé.»

Je peux comprendre ce point de vue bien sûr, mais, en même temps, il faut qu'on répercute les coûts quelque part. Et un des problèmes que nous avons évidemment, c'est que l'arrivée et la prise en charge et la reconnaissance... pas la prise en charge comme le paiement de tout nouveau médicament, dès qu'il est évidemment recommandé par le Conseil — et on peut faire même exception, dans certains cas — qu'il s'inscrit sur la liste, bien, il faut le répercuter quelque part. Or, il se répercute soit sur le budget général du gouvernement ou soit dans le régime lui-même d'assurance médicaments. Tu sais, on ne peut pas vouloir une chose et son contraire, dans le sens où on voudrait que le régime d'assurance médicaments soit sous contrôle, ne nous coûte pas trop cher, qu'il ne coûte pas trop cher entre autres aux plus

démunis, mais, en même temps, il faut que quelqu'un paie quelque part.

Alors, je sens quand même des impacts sur le régime lui-même. Il faut trouver des formules pour faire en sorte que le coût du régime soit le plus possible sous contrôle. Actuellement, il est sous contrôle, c'est une façon de parler, parce que, évidemment, il progresse à un rythme qui est bien au-delà de la croissance économique. On peut l'expliquer évidemment par les facteurs «découvertes», mais il y a aussi les coûts des médicaments qui sont reliés aussi à des revenus plus grands pour les entreprises.

Mon commentaire peut-être un peu plus pointu sur les entreprises. On est très fier que ces entreprises-là, dont certaines sont membres de votre association, soient installées au Québec. Ça nous place dans le peloton de tête à cet égard. Et on est très heureux de cela au plan de l'investissement dans les nouvelles technologies pharmaceutiques ou la recherche à cet égard. Mais, quand on dit: On peut se demander si la pertinence d'effectuer de la recherche et du développement ne serait pas remise en question... Il y a d'autres avantages, quand même, à être au Québec, d'abord par des formes d'aide au plan fiscal bien sûr et par le fait que notre main-d'oeuvre est d'une grande qualité, en plus du fait que, par comparaison avec d'autres provinces qui ont des masses critiques aussi importantes que les nôtres — qu'on pense à l'Ontario ou qu'on pense plutôt à l'Ouest — les salaires sont quand même un peu moins élevés ici, même pour des gens qui sont très formés au niveau doctoral ou autre ou qui font de la recherche. D'ailleurs, c'est un des problèmes qu'on a, de rétention. On le sait, on n'est pas naïf sur ces questions-là.

C'est un petit commentaire que je voulais faire. Si vous avez le goût de m'aider à trouver d'autres sortes de solutions pour abaisser le coût des médicaments, que je ne voudrais pas voir répercuté sur les plus démunis et les plus pauvres... On n'avance pas, dans ce temps-là, c'est évident, parce qu'on ne soigne pas ceux qu'on doit soigner en premier, finalement. Bon, on s'entend.

Maintenant, je veux revenir sur certaines propositions que vous faites. Vos propositions sont intéressantes, là. Je veux être claire sur ça, vos propositions sont intéressantes, puis il y a à boire et à manger dans ce que vous nous amenez comme idées, ici. J'aimerais ça que vous me parliez un petit peu plus du projet PRISM et particulièrement justement le volet asthme. On sait qu'il y a deux grandes sociétés qui sont impliquées dans la recherche ou qui ont été impliquées dans le développement de produits contre l'asthme. Pourquoi ce projet ne se fait pas en collaboration et en partenariat, par exemple, avec le programme VESPA, qui est chez Merck Frosst? Je sais qu'on est des concurrents, là. Bon, je peux comprendre ça aussi. Mais est-ce qu'on n'aurait pas un intérêt à mettre ensemble nos efforts et nos énergies?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque.

• (10 h 30) •

M. L'Archevêque (Paul): Je vais répondre à cette question-là, si vous me permettez. Fort probablement qu'on devrait envisager des initiatives communes. À cet égard, je pense qu'il faut quand même souligner que, via l'Association pulmonaire, il y a quelques années, il y a le Réseau québécois d'enseignement sur l'asthme qui a été mis sur pied sous l'initiative plus particulièrement d'une compagnie pharmaceutique, mais à laquelle les autres compagnies pharmaceutiques sont venues se joindre par la suite, et présentement, à ma connaissance, Glaxo Wellcome, Astra et Merck supportent toutes ce Réseau d'enseignement québécois sur l'asthme. Donc, je pense que ça donne un bon exemple que, dans certaines situations, on peut travailler ensemble, on peut travailler de concert.

D'autre part, pour revenir sur la question par rapport à VESPA et PRISM, ce sont deux initiatives qui ont des philosophies d'approche un petit peu différentes, donc à ce moment-là c'est moins évident de les mettre en commun. Alors, à ce stade-ci, elles n'ont pas encore été mises en commun, mais peut-être que, dans deux ans, dans trois ans, quand on aura trouvé c'est quoi, le meilleur équilibre, ça arrivera, je ne sais pas.

PRISM est un projet quand même très intéressant qui s'est donné comme objectif précis, chez les régies régionales où ce projet-là est implanté, de diminuer de 40 % les visites à l'urgence, de diminuer de 30 % la mortalité puis de diminuer de 30 % l'absentéisme à l'école et au travail. Ce que je trouve d'intéressant là-dedans, c'est que c'est des objectifs précis et mesurables. Et on a présentement une recherche qui se fait par rapport à l'atteinte de ces objectifs-là, et ces recherches-là seront publiées. Et on fait ces recherches-là via le FRISQ, alors c'est un organisme de recherche indépendant qui regarde les résultats. Donc, je trouve ça intéressant de ce côté-là.

L'autre chose, c'est qu'on a présentement neuf projets de démarrés. Le plus récent a été lancé cette semaine dans Hochelaga-Maisonneuve. Puis je pense que, ultimement, la chose que je retiens de ça, c'est que, quand on met en commun des bases de données du système public puis du système privé, bien, quand on a fait ça avec les gens de la Montérégie en particulier, on s'est aperçu que, quand il y avait surconsommation d'un certain type de médicaments, bien, c'est drôle, les visites à l'urgence augmentaient, puis, quand il y avait consommation appropriée d'un autre médicament, bien les visites à l'urgence diminuaient. Alors, on a mis ça ensemble puis on s'est aperçu qu'effectivement, si on met sur pied ces programmes-là, on va avoir des retombées économiques sur les coûts de traitement de l'asthme dans cette région-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Archevêque. Mme la ministre.

Mme Marois: Je pense que c'est très intéressant. Merci, Mme la Présidente. Effectivement, je pense qu'on contribue d'ailleurs au ministère à ces recherches au plan financier. C'est quoi? Je pense que c'est une cinquantaine de mille dollars pour le Réseau québécois de l'enseignement

sur l'asthme, entre autres. Alors, en ce sens-là, on est particulièrement d'accord avec des initiatives comme celle-là, ça va de soi. Oui? Vous vouliez...

M. L'Archevêque (Paul): J'écoutais la présentation précédente pour les patients diabétiques puis je ne pouvais pas m'empêcher de penser que certaines initiatives similaires seraient très appropriées.

Mme Marois: Tout à fait.

M. L'Archevêque (Paul): Quand on parle de gestion optimale de la santé, de partenariat, c'est un bel exemple, tantôt il n'y avait pas, semble-t-il en tout cas, ce genre de projet là qui était sur table et qui aurait permis de faire des progrès par rapport à ça.

Mme Marois: Non, moi, je pense que c'est intéressant, il faut les recherches, et c'est évident, et ça va de soi. Bon. Alors, vous, dans ces projets justement auxquels vous faites référence, vous liez l'avancement du projet aussi au fait que vous puissiez avoir accès à de l'information sur la consommation des patients, ou des malades, ou des consommateurs, selon, et, en ce sens-là, vous référez même à la création d'un fichier central. Avez-vous réfléchi à la question de la préservation, si on veut, de la confidentialité des données sur la vie privée des gens, et tout? Vous savez comment on est souvent très contraints, et parfois je me dis: On veut être tellement politiquement corrects — si vous me passez l'expression — qu'on se prive d'outils pour avancer et progresser. Et je me dis: C'est tellement dommage, finalement. Alors, est-ce que vous avez réfléchi à ces questions-là d'éthique et de respect de la confidentialité?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Hamet.

M. Hamet (Pavel): Mme la ministre, si vous permettez, j'ai eu l'occasion de réfléchir à ce problème-là quand nous avons fait la fusion des fichiers de l'assurance maladie à l'assurance automobile pour voir si les diabétiques ont plus d'accidents sur la route. C'est des problèmes majeurs ce que vous mentionnez, c'est des problèmes importants, il faut se soucier de la confidentialité, mais c'est des problèmes qui doivent être résolus, c'est des problèmes qui doivent être solutionnés si on veut avancer.

Le diabète est un excellent exemple. Un autre peut être l'insuffisance cardiaque qui est le numéro un de la réhospitalisation. Fusionnant l'information unique, c'est extraordinaire ce que nous avons au Québec du point de vue pharmaceutique, du point de vue hospitalier et du point de vue de gestion des médicaments. C'est la façon rationnelle d'économiser. C'est la façon de faire le management, de faire la gestion de la maladie, pas seulement prescrire, et ça finit là. Le médecin a fait son devoir, le patient rentre dans un autre système de pharmacie, il n'y a pas de lien entre les deux, il n'y a pas de suivi

immédiat, et on a des outils pour le faire. Donc, il faut ensemble qu'on invente les façons, et une table comme PharmaVision, où vous avez toutes ces composantes-là présentes, y compris le gouvernement, y compris les milieux académiques et pharmaceutiques, c'est un outil, je pense, que nous avons, unique, pour faire la gestion des médicaments.

Vous savez, les médicaments ne devraient pas être considérés comme une dépense. Moi, je vis dans un système public de santé et je suis malheureux que le patient soit une dépense, ça devrait être un investissement. C'est un investissement en santé, ce n'est pas une dépense. Le médicament, la même chose. Ce n'est pas une dépense, c'est un investissement pour prévenir les complications. C'est un investissement dans le mieux-être pour la population, ce n'est pas une dépense. Mais, pour être capable d'y arriver financièrement, il faudrait une gestion des médicaments avec la maladie.

Mme Marois: Je trouve...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre.

Mme Marois: Excusez-moi. Je trouve votre point de vue fort intéressant à cet égard-là et je le partage, je peux vous dire. Cela étant, dans cette question que vous soulevez de la gestion en silo, un des outils justement, à mon point de vue.... Parce qu'on a beau le dire, tous les groupes sont venus, à peu près, dire: Bon, bien, on gère peut-être trop en silo. C'est vrai puis, en même temps, ça ne l'est pas parce qu'on a des données agglomérées qui nous permettent de voir, quand on agit sur une des variables, l'impact sur l'autre variable, et donc, en ce sens-là, on est capables macroéconomiquement, si on veut, de voir si un investissement dans un secteur a un impact sur l'autre. Ça, je pense qu'on est... pas je pense, je suis certaine qu'on est capables de le faire, mais on pourrait le faire d'une façon beaucoup plus fine et beaucoup plus intéressante, c'est évident, à ce moment-là en intégrant nos informations, et là on pourrait penser à décloisonner, si on veut, l'ensemble de nos données et, surtout, de nos interventions. Et l'approche qu'on dit toujours en silo pourrait être abandonnée même si elle n'est pas toujours, cette approche-là, véridique, dans le sens où on a quand même des données plus globales pour nous permettre d'agir. Mais ça permettrait de l'éliminer. Ça, on est d'accord. Et nos outils technologiques, par ailleurs, nous permettent de faire ça sans aucun problème. Là, c'est des problèmes d'éthique, des problèmes de confidentialité qu'il faut être capable de régler. Je suis d'accord avec vous et je reçois votre offre, dans le fond. Je la prends comme ça. D'accord? Alors, voilà.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque, vous voulez ajouter quelque chose?

Mme Marois: Oui, M. L'Archevêque, est-ce que vous vouliez ajouter quelque chose?

M. L'Archevêque (Paul): Non, c'est bon. Ça va.

Mme Marois: Ça va. Je reviendrai, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Nelligan, je vous cède la parole.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci pour votre présentation, cet avant-midi, de PharmaVision. J'écoutais avec étonnement la ministre aujourd'hui parce qu'elle sait qu'elle a transféré, elle a économisé sur le dos des personnes âgées, les personnes les plus pauvres de notre société pendant les derniers trois ans plus ou moins 800 millions de dollars. Elle sait ça, le gouvernement sait ça. Ils ont fait tout ça avant les élections, et c'était leur stratégie. Et aussi, dans le même temps, ils ont caché 841 millions de dollars à Toronto, et elle essaie de convaincre que le système est hors contrôle, il n'y a pas vraiment de contrôle.

Il me semble... La première question très directe, page 5 de votre mémoire, vous avez parlé de l'évolution des prix de médicaments brevetés, Canada versus Médiane Internationale, et c'est un «graph» assez clair, pouvez-vous expliquer ça un peu? Parce que le gouvernement essaie de convaincre la population que c'est le prix, c'est hors contrôle, mais, selon votre présentation, c'est exactement le contraire. Est-ce que j'ai bel et bien compris votre mémoire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque.

● (10 h 40) ●

M. L'Archevêque (Paul): Oui, je vais commenter. Je ne sais pas si mes collègues vont vouloir commenter sur cette question-là par la suite. Je pense que ce tableau-là est très clair. Le tableau illustre de façon évidente que, par rapport à la moyenne des pays industrialisés, le prix du médicament au Canada est maintenant nettement inférieur à la moyenne des pays industrialisés. C'est une problématique qui va s'accroître en importance au fil des années qui vont passer, puisque la compétitivité du Canada et du Québec, conséquemment, par rapport à cette question-là va devenir difficile à maintenir.

Donc, ce tableau-là indique qu'en moyenne nos prix au Canada sont maintenant 12 % inférieurs à la moyenne des prix sur les marchés internationaux, puis ça, c'est suite à l'instauration, là, d'un organisme de surveillance des prix qui a fait suite au changement de la loi sur les brevets canadiens qui faisait partie de cette histoire-là d'une certaine façon. Donc, c'est là où on en est rendu par rapport à ça. On n'a pas apporté de solution par rapport à cette problématique-là en particulier, mais je pense qu'on a mis la problématique dans le mémoire. Donc, je ne connais pas la solution à cette problématique-là présentement, mais je pense qu'il faut la voir sur le radar, cette problématique-là, puis se dire qu'un jour il va falloir s'y adresser. Mais je n'étais pas sûr que c'était le contexte aujourd'hui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Archevêque. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Merci, Mme la Présidente. La ministre a déjà ciblé la phrase sur page 8 de votre mémoire, et moi-même, ça m'a frappé quand — et je cite — vous avez dit que «l'exercice en cours peut affecter de façon radicale les déterminants les plus fondamentaux des décisions relatives à l'investissement biopharmaceutique». Je suis d'accord avec vous. Vous avez parlé du prix de référence, il y a d'autres plans proposés par la ministre. Je voudrais avoir vos commentaires, peut-être plus... sur la problématique du prix de référence, mais aussi, dans les autres suggestions que vous pouvez trouver dans les documents gouvernementaux, est-ce que ça peut avoir un impact négatif sur l'investissement biopharmaceutique?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque.

M. L'Archevêque (Paul): Oui, dans un premier temps, sur le prix de référence, je pense qu'il faut considérer ça sous plusieurs facettes. La problématique du prix de référence est une problématique industrielle, mais, d'abord et avant tout, je pense que c'est une problématique patient. Alors, je vais passer la parole au Dr Hamet pour la première portion.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Hamet.

M. Hamet (Pavel): Bien, composante de pratique médicale, de prix de référence, aujourd'hui, le médecin est libre de choisir le médicament qu'il trouve le plus approprié. Moi, je me sens à l'aise, tout en étant conscient des coûts que ça engendre, de faire un plaidoyer à l'Assemblée de ne pas changer la capacité des médecins de choisir. Plusieurs raisons. Les médicaments ne sont pas identiques. Ils ont quand même des effets secondaires individualisés, et le médecin a le droit de le choisir de la façon la plus individualisée pour son patient.

Il y a un autre aspect pour le médecin qui est important, le médecin, vous savez, votre médecin, pour vous, est plus sécuritaire s'il manipule un médicament qu'il connaît mieux. Et il ne les connaît pas tous. Et, si vous lui choisissez des médicaments de façon forcée, vous n'allez pas nécessairement avoir en face de vous le médecin le plus efficace pour vous. Vous savez, l'avenir va faire autrement. Ce que M. L'Archevêque a mentionné, ce qui est dans le mémoire, l'avenir va être servi de notre connaissance individualisée, de notre connaissance de notre génome, et là nous allons décider des médicaments de façon rationnelle. Sur la base de votre composition génétique, on va être capables de choisir le meilleur médicament pour vous. Nous ne sommes pas là, nous y arrivons. Ça va être dans la génération qui suivra, on va être capables de décider. Maintenant, nous faisons des décisions arbitraires. Je pense qu'il est important pour la

liberté de la médecine, pour le contact patient-médecin, pour la sécurité des patients, d'avoir le plus de liberté possible à préserver avant qu'on va être capables d'être rationnels. Dans le moment, ce serait des décisions arbitraires, actuelles et bureaucratiques.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Hamet. Vous voulez ajouter quelque chose, M. L'Archevêque?

M. L'Archevêque (Paul): Si vous me permettez, la composante industrielle de cette question-là — parce qu'il y en a une composante industrielle — c'est qu'on s'est aperçu que dans tous les pays où cette mesure-là avait été introduite, premièrement, que, dans l'ensemble, il n'y a aucune étude qui a démontré que ça entraînait effectivement une diminution des coûts du système de santé. Alors, peut-être que ça entraîne une baisse temporaire du budget médicament, mais pas des coûts de santé globaux. Alors, je pense qu'il faut se poser des questions par rapport à l'efficacité de ces mesures-là.

Puis, dans un deuxième temps, on a vu l'impact industriel que ces mesures-là avaient parce que, évidemment, sans accès au marché, les marchés deviennent moins intéressants, puis ça, il faut être clair par rapport à ça.

Alors, je pense que c'est ces deux questions-là. Par rapport aux autres questions, je pense qu'en tant qu'organisme PharmaVision ne se prononcera pas sur les autres volets des suggestions à cause de la constitution de notre organisme.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Archevêque. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci pour votre réponse. Page 7 de votre mémoire, vous appuyez le rapport Arpin pour la création de bases de données qui permettraient de faciliter la recherche en vue de déterminer les meilleures pratiques en matière de soins de santé, y compris les médicaments. Je sais qu'il y a une compagnie québécoise bien impliquée dans ça, IMS, que plusieurs compagnies utilisent, qui a suivi l'utilisation des médicaments. Est-ce que c'est le type de base de données que vous suggérez, qu'on peut aller jusqu'à ce point, qu'on peut savoir exactement quels médicaments sont prescrits par quels médecins, et on peut commencer à développer une politique basée sur ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque.

M. L'Archevêque (Paul): Je pense que l'utilisation individuelle des informations, pour revenir sur le point que le Dr Hamet faisait il y a quelques instants, il faut toujours faire attention à ces choses-là. La privauté est importante pour nos médecins comme elle l'est pour nos patients, alors je pense qu'il y a des questions qu'il faut se poser par rapport à ça.

Ceci étant dit, c'est quand on a fait le projet PRISM auquel je faisais référence tantôt. C'est quand on

a mis les données IMS, auxquelles vous faites référence, avec les données de la régie régionale... C'est quand on a mis les deux ensemble, et puis la compagnie n'avait pas les données de la Régie, puis la Régie n'avait pas les données IMS... C'est quand on les a mises ensemble qu'on s'est aperçu qu'il y avait des corrélations très flagrantes entre l'utilisation de certains types de médicaments et les visites à l'urgence, ces choses-là. Alors, je pense que la mise en commun de ces données-là est quelque chose qu'il faut encourager et qu'il faut continuer d'explorer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Nelligan, six minutes qu'il vous reste.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Vous avez déjà parlé de partenariat, le secteur industriel, partenariat avec le secteur public. La ministre a questionné sur ça aussi. J'ai eu ma propre expérience avec Glaxo Wellcome, un projet tellement intéressant, et vous avez mentionné ça un peu, M. L'Archevêque. Je voudrais vous donner une chance d'aller un peu plus loin encore sur le concept de partenariat entre le secteur privé et le gouvernement, parce que, souvent, la ministre, quand elle questionne le secteur privé, le mot «partenariat», «partnership», pour elle, c'est plus d'argent, qu'est-ce que la compagnie peut payer, qu'est-ce que vous pouvez donner, qu'est-ce qu'elle peut réclamer des compagnies. Je comprends cette question, mais aussi il y a un autre niveau de partenariat, et je voudrais, avec la diversité de votre association, vous entendre sur l'autre concept, les autres idées de partenariat, comment on peut aller plus loin, parce que, dans mon opinion, l'utilisation optimale des médicaments, c'est une piste où on doit aller, et je voudrais vraiment vous entendre sur ça.

Et vous avez aussi parlé de — je m'excuse — «Evidence-Based Disease Management». Je voudrais vous entendre sur ça, mais aussi toute autre idée, parce que nous sommes ici pour vous entendre, et je ne veux pas que le débat reste, dans mon opinion, une analyse très simpliste de la ministre, je voudrais aller beaucoup plus loin et vous donner une chance de discuter toutes les idées de partenariat que vous avez et les autres membres, qu'est-ce qu'ils ont, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. L'Archevêque.

M. L'Archevêque (Paul): Merci...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Boisvert.

M. L'Archevêque (Paul): M. Boisvert.

M. Boisvert (Jacques): Je pense que c'est une très bonne question et je pense que ceux qui nous ont précédés, l'Association des diabétiques, nous ont donné peut-être le plancher pour ouvrir une discussion de ce côté-là. On parle des coûts de la santé, on parle du coût des

médicaments, mais également il y a certains volets dans la gestion thérapeutique qui viennent réellement frapper aux yeux. On regarde juste l'observance, on dit que ça coûte entre 7 milliards et 9 milliards au Canada — on peut faire l'extrapolation pour le Québec — pour la non-observance. Savez-vous ce que c'est, ça? 9 milliards de dollars, la non-observance, en coûts directs. Si on parle de partenariat, est-ce qu'il y a des choses qu'on peut faire ensemble, des outils qu'on peut créer, une technologie pour réellement s'assurer que le patient prend bien sa médication telle que prescrite?

Tout à l'heure, on parlait de surconsommation, on parlait de sous-consommation, on parlait de pas de consommation, et, dans ce régime de santé, il y a des intervenants — il y a le médecin, il y a le pharmacien puis il y a le patient — et les gouvernements qui sont là pour aider à subventionner, à voir de quelle façon mieux sensibiliser le patient à mieux connaître son état de santé, et c'est là-dessus, je pense, qu'il faut réellement s'arrêter: De quelle façon nous, chez Pharmavision, et avec l'ensemble de l'industrie biopharmaceutique... comment on peut faire pour s'assurer que ce triangle-là entre le médecin, le patient et le pharmacien sert mieux le patient qu'actuellement?

● (10 h 50) ●

On sait très bien que les relations entre médecins et pharmaciens sont peu fréquentes. Ce n'est pas parce qu'ils ne veulent pas se parler, mais on n'a pas créé encore de liaison. Exemple, le médecin prescrit à une malade une médication, la patiente revient. Elle est supposée revenir après 30 jours, elle revient après 24 jours, elle revient après 40 jours. Cette patiente-là va retourner voir son médecin et, peut-être, va démontrer qu'elle n'est pas contrôlée et que sa pression n'a pas baissé. Le médecin va peut-être dire: C'est la médication qui n'est pas correcte. Il n'y a pas de communication en général.

Le patient, il n'est pas éduqué non plus lui-même à connaître l'importance de sa condition. Alors, il y a certainement, du côté formation, des efforts à faire, et c'est l'offre de partenariat entre l'industrie biopharmaceutique, les différentes professions, pharmaciens, médecins, et le patient. On peut travailler ensemble pour mieux acheminer ces informations-là, les outils nécessaires pour que le patient, lui, puisse mieux suivre sa médication. Si on pouvait, avec ces efforts-là, sauver juste 25 %, ça représenterait beaucoup de dollars.

Et je pense que, si on arrête de juste se concentrer sur le coût du médicament, mais on regarde sur la façon dont le médicament est utilisé, on peut peut-être, à court ou moyen terme... Mais il faut le mesurer. C'est beaucoup d'efforts qui ont été faits, des efforts qualitatifs. Mais, quantitativement, on n'a pas réellement pu mesurer quels outils, quel genre de communication, quel genre de technologie peuvent aider ces trois intervenants à mieux aider le patient à être fidèle à son traitement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste une demi-minute, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Juste bien compris avec votre présentation, on peut, si on peut réduire à 100 % la mauvaise utilisation des médicaments, et c'est toujours l'objectif... Mais, selon vous, on peut sauver plus que 2 milliards de dollars ici, au Québec.

M. Boisvert (Jacques): Bien, c'est-à-dire si on fait une extrapolation du 7 à 9 milliards pour le Québec.

M. Williams: Avec ça, 500 millions si on fait juste 25 %. On peut sauver beaucoup.

M. L'Archevêque (Paul): Je pense qu'il faut s'attarder à... Puis je pense que là le partenariat pourrait s'articuler autour de questions comme ça. C'est qu'il y a beaucoup de réallocations passives de coûts qui se font, et conséquemment ce qu'on voit, c'est l'impact — vous en parliez tantôt, Mme Marois — sur l'augmentation du budget médicaments, mais on ne voit pas l'économie ailleurs parce que la demande continue d'augmenter, et conséquemment cette économie-là est utilisée pour faire d'autres choses.

Je pense qu'il va falloir, via les bases de données, via l'étude de certaines maladies... Je pense que, si on prend une approche maladie, si on prend les sept, huit maladies les plus importantes, on a probablement 50 % ou plus des coûts de santé qui sont dans ces maladies-là. On prend juste ces sept, huit maladies-là puis on dit: O.K. C'est quoi, le pattern idéal dans cette maladie-là? Puis on étudie ça puis on fait des interventions thérapeutiques, bien là, à ce moment-là, on peut étudier quelle intervention thérapeutique est la plus efficace, laquelle va nous donner des résultats optimums, puis je pense que c'est dans ce sens-là qu'il faut pousser les partenariats. Puis les bases de données existent, c'est une question de travailler ensemble par rapport à travailler pas ensemble.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Archevêque. Alors, Mme la députée, il vous reste un temps de parole de deux minutes.

Mme Marois: C'est très court. J'allais faire une petite remarque pour mon collègue et ami — néanmoins ami — le député de Nelligan, que, faute de propositions concrètes, évidemment, je dois m'occuper, moi, des coûts de cet investissement. Quand vous aurez des propositions à me faire, je les prendrai, vous allez être le bienvenu. Alors, on s'excuse de cette petite altercation. De temps en temps, il faut régler nos comptes, hein, sinon le verre s'empli, puis ce n'est pas bon.

Une dernière question sur justement la contribution de l'industrie. Vous dites contribuer aux recherches et études évaluatives au niveau de l'utilisation optimale des médicaments. Comment voyez-vous cette contribution et comment pourrions-nous l'encadrer au plan de l'éthique? Je pense à des gens qui sont d'éminents chercheurs ici. Et de quel type de contribution il s'agirait? Et comment l'encadrer? Ça sera ma dernière question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Hamet.

M. Hamet (Pavel): On vous a demandé dans le rapport du FRSQ... Dans le mémoire de M. Bureau, il y avait eu une proposition. C'est une des propositions possibles. Je pense qu'il faut investir dans cette évaluation — là une fraction, une proportion de ce que vous investissez, investir dans l'évaluation quantifiée de ce qu'on fait, quantifier le plus possible avant que vous preniez vos décisions, mais, une fois prises, de quantifier quelles sont les conséquences. La quantification, c'est... La recherche évaluative, à mon avis, devrait être un guide. Vous avez, comme politiciens, des décisions importantes à prendre pour le peuple et vous avez toutes sortes d'influx d'informations, celui d'évaluation objective devrait en faire partie, et jugez ensemble, pour le bien de la population, ce que vous avez à décider. Je pense que c'est extrêmement important d'introduire une composante d'évaluation objective dans ce que vous faites et d'avoir des projets de meilleure utilisation des médicaments.

Dans le moment, vous avez aidé la population en assurant qu'une plus grande proportion — je suis aussi médecin — de personnes puissent se permettre d'être traitées de façon adéquate, et je pense que vous avez une opportunité d'évaluer l'impact de ce que vous faites et de vous assurer que le médicament utilisé de façon rationnelle — c'est ça que nous vous proposons — c'est faisable. Là, il faut la collaboration gouvernementale, universitaire et industrielle, et c'est faisable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Hamet. Alors, ceci met fin...

Mme Marois: Oui, merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...bien sûr, à notre temps. Je voudrais, bien sûr, vous remercier, M. L'Archevêque et tous les gens qui vous accompagnent. Vos propos nous ont éclairés beaucoup, et ça va sûrement alimenter notre réflexion. Alors, je suspens les travaux à 15 h 30 et je vous avise que cet après-midi nous serons à la salle Louis-Joseph-Papineau.

(Suspension de la séance à 10 h 56)

(Reprise à 16 h 1)

Le Président (M. Labbé): ...dans un premier temps le mandat de la commission comme tel: la commission 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*. Alors, au niveau des remplacements, il n'y en n'a pas comme tels.

Alors, nous aurons le plaisir cet après-midi d'entendre dans un premier temps la Centrale de l'enseignement du Québec — qui a déjà pris place, on

vous en remercie beaucoup — et en second lieu la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. Alors, sans plus tarder, avant de vous céder la parole je vous informerai que vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire, et, de chaque côté, nous aurons aussi 15 minutes pour le commenter comme tel. Alors, sans plus tarder, je vous invite, Mme Richard, à faire la présentation des membres qui vous accompagnent, et nous pourrons débiter.

Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ)

Mme Richard (Monique): Avec plaisir. Merci beaucoup. Alors, les personnes qui m'accompagnent: Marc-André Gagnon, ici, à ma droite, vice-président, responsable du dossier particulièrement; M. André Goulet, à ma gauche, président de l'Association des retraités, une association très active à la CEQ; et Marie Pelchat, ressource-conseil avec qui nous avons travaillé dans l'élaboration de nos positions sur la question en débat.

Quelques petites informations d'usage, je pense, avant d'entrer dans le vif du sujet. La CEQ représente 140 000 membres dont 240 syndicats affiliés regroupés en 13 fédérations. Les membres de la CEQ occupent plus de 350 titres d'emploi et ils sont présents dans tous les ordres d'enseignement mais aussi dans le domaine de la garde éducative, de la santé et des services sociaux, du loisir, de la culture et des communications.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, nous représentons 7 000 membres de toutes les catégories d'emploi: infirmières et infirmiers, personnel professionnel, personnel de soutien travaillant dans les régies régionales et dans toute la gamme des établissements de santé et services sociaux. De plus, à la retraite, les membres de la CEQ peuvent adhérer à l'Association des retraités de l'enseignement du Québec, l'AREQ, qui regroupe maintenant plus de 32 500 membres, dont l'âge varie de 50 à 104 ans. Donc, ce sont des membres qui continuent à être engagés et à promouvoir des valeurs qu'ils ont eu l'occasion de revendiquer, de débattre aussi quand ils étaient des syndiqués plus actifs dans les instances syndicales. Et les enjeux reliés à toute la question des thérapies médicamenteuses pour les personnes âgées, c'est des enjeux, je pense, très présents dans les débats de cette Association.

Donc, à ce double titre, comme représentante des travailleuses et travailleurs et des usagères et usagers, la CEQ a un intérêt certain pour l'avenir des services de santé et des services sociaux et prend part aux différents débats de la société, et la présente question de l'assurance médicaments concerne, donc, l'ensemble de nos membres. Il s'agit d'un enjeu social majeur, puisque l'accès aux thérapies médicamenteuses fait partie intégrante d'un service de santé de qualité.

Précisons, d'entrée de jeu notre satisfaction à l'effet que le régime général d'assurance médicaments soit évalué publiquement trois ans après l'entrée en vigueur de la loi n° 33, tel que nous l'avions réclamé en 1996. Le rapport d'évaluation rendu public en décembre dernier démontre

à quel point cette recommandation était opportune, et c'est avec beaucoup d'engagement que nous nous inscrivons dans ce débat-là. Nous déplorons cependant le court laps de temps qui nous a été imparti pour être en mesure d'étayer notre point de vue, mais vous remarquerez qu'avec la teneur de notre mémoire on a quand même fait tous les efforts nécessaires pour vous donner un point de vue élaboré, appuyé sur des données.

Nous pourrions, à l'intérieur de cet échange-là, être en mesure de clarifier les choses avec vous s'il demeurerait — je pense qu'il y en aura — des questions fort pertinentes, auxquelles nous aurons, espérons-le, les meilleures réponses pour vous amener à modifier un certain nombre d'orientations.

Notre évaluation du régime général d'assurance médicaments. Pour nous, le régime général visait officiellement trois objectifs auxquels nous adhérons et auxquels nous adhérons toujours, c'est-à-dire l'accessibilité, l'universalité et l'équité. Force est de reconnaître qu'au regard de ces trois objectifs il reste encore beaucoup de choses à faire, et je pense qu'on pourra à l'intérieur du débat préciser un certain nombre d'éléments, de propositions à cet égard. Les modalités du régime ne sont pas universelles, l'accessibilité économique aux médicaments n'est pas assurée pour les personnes les plus vulnérables de la société québécoise, et nous entendons par nos propositions proposer un certain nombre de pistes pour atteindre cette accessibilité et cette universalité.

Des hausses de primes, pour nous, ce n'est pas la première solution à envisager. Le gouvernement met énormément d'emphase sur le fait que le régime public d'assurance médicaments est déficitaire et que des hausses de primes doivent être envisagées. Nous considérons que d'autres avenues doivent être explorées, notamment parce que la majorité des personnes à risque sont assurées dans le régime public, parce que la hausse des primes se ferait sans égard à la capacité réelle de payer des adhérentes et des adhérents du régime public et parce que, à notre avis, tous les efforts pour contrôler les coûts des médicaments n'ont pas été déployés.

Quant au vieillissement de la population, je vais laisser M. Goulet vous entretenir sur ce point de vue là et ensuite je passerai la parole à Marc-André pour travailler plus sur les propositions. Compte tenu du temps qui nous est imparti, on aime mieux aller dans le cœur du débat.

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

M. Goulet (André): M. le Président. Depuis 1992, la principale façon mise de l'avant par le gouvernement québécois pour se préparer au vieillissement de la population a été de hausser la contribution exigée des personnes âgées pour leurs dépenses de médicaments et le Fonds des services de santé. Pourtant, en 1991 un groupe d'experts a publié un mémoire, un rapport, *Vers un nouvel équilibre des âges*. On a appelé le mémoire «le rapport Pelletier». Avaient clairement démontré ces experts, il y a presque 10 ans déjà, l'urgence pour les décideurs de se

saisir de cette question du vieillissement de la population. C'est une donnée importante qui n'a pas encore été réglée. Nous attendons des projets sur ce sujet-là.

Les aînés contribuent actuellement au régime de santé au point de faire dire aux journalistes qu'ils subventionnent le régime. Et, quand je vois un des objectifs qui était l'équité, je me pose des questions sérieuses. Ces personnes, pour plusieurs, ont planifié une retraite dans des conditions absolument différentes. Et, si on continue d'augmenter les choses à leur niveau, ces personnes-là ont des revenus fixes, non indexés, alors on fait des dérangements importants.

Et les aînés ne sont pas riches comme on le pense; c'est un mensonge que de le dire. 62,8 % des aînés ont des revenus de moins de 15 000 \$, seulement 5,3 %, de 40 000 \$ et plus, 80 %, des revenus de moins de 25 000 \$. Donc, quand on voit comme possibilité une augmentation de prime sur l'assurance médicaments, nous, à l'Association des retraités, nous trouvons que c'est inacceptable. Et, en fonction de notre mission qui dit de travailler pour une société plus égalitaire et plus démocratique, nous nous opposons à cette première solution. Merci, M. le Président.

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

M. Gagnon (Marc-André): M. le Président, dans les propositions que nous mettons de l'avant, il y en a un certain nombre... Je ne veux pas m'attarder à une lecture fine du texte, mais quand même prendre le temps de vous les présenter. Il y en a une concernant l'élargissement des objectifs, il y en a une sur un régime public d'assurance médicaments, une proposition concernant des mesures transitoires, une autre sur le contrôle des coûts des médicaments, une sur la politique des médicaments, la démocratisation du processus et la révision du régime.

Alors, sur l'élargissement des objectifs, on pense qu'à ceux d'universalité, d'accessibilité et d'équité on doit en ajouter deux, c'est-à-dire un premier objectif qui vise à favoriser le contrôle de l'évolution des dépenses pour les médicaments — ça doit faire partie des objectifs de ce régime — et, un deuxième objectif, veiller à une meilleure utilisation possible des médicaments. Alors, dans ce sens-là ça suppose que, dans la foulée de ces objectifs, il puisse y avoir des actions qui aillent dans cette direction.

● (16 h 10) ●

Une proposition qui met de l'avant un régime public d'assurance médicaments, je sais bien que pour certains, c'est penser retraiter à ce qu'on a vu dans les années soixante-dix. Mais nous croyons que dans les années soixante, soixante-dix, quand on a mis en place le régime d'assurance maladie, ça aurait dû couvrir trois volets. Il y en a deux qui ont été couverts, c'est-à-dire celui des médecins, celui de l'assurance hospitalisation, et les médicaments sont restés en plan. Nous, on pense que le gouvernement doit maintenant compléter cette trilogie-là, d'une certaine façon, puisque de plus en plus les médicaments s'inscrivent dans une démarche thérapeutique

et que l'État doit sûrement s'organiser pour que ça fasse partie d'un régime complet. C'est dans ce sens-là que nous faisons cette proposition-là, en même temps qu'on pense que c'est par ce régime-là qu'on peut vraiment garantir l'universalité, l'accessibilité et l'équité.

Vous avez un certain nombre de paramètres qui sous-tendent ce régime: tous les Québécoises et Québécois, sans exception, seraient couverts par ce régime; le régime comporterait une prime progressive, une coassurance et un plafond annuel; la gratuité des médicaments serait étendue à l'ensemble des enfants et des étudiants de moins de 21 ans; l'établissement des primes et du plafond annuel serait uniquement basé sur le revenu des personnes, peu importe sa source, pour éviter d'une certaine façon la stigmatisation des personnes sur le revenu social; il y aurait une exemption de contribution pour toutes les personnes dont le revenu annuel est inférieur au seuil de faible revenu, et, donc, une révision significative des seuils d'exonération; la gradation entre les seuils serait revue et adoucie pour respecter davantage la capacité réelle de payer des individus; tous auraient accès au service interactif des réclamations, au programme Patients d'exception et à l'étalement mensuel des contributions; aucune citoyenne ni aucun citoyen n'aurait à payer des taxes sur ces primes; ce régime serait financé par le gouvernement québécois, les employeurs, les particuliers. Le gouvernement québécois devrait maintenir sa contribution au moins au niveau actuel. Pour les employeurs, nous proposons un relèvement de 1 % de leur contribution au Fonds de services de santé.

Il y a un certain nombre d'avantages, j'en cite quelques-uns. Ce serait d'abord un régime qui est beaucoup plus simple que celui dans lequel on fonctionne actuellement. Certains sont avec des assureurs privés, d'autres sont avec le régime public. Dans certaines situations, pour ceux qui sont en emploi, ne sont plus en emploi et retournent en emploi, pendant un certain temps ils sont couverts par un régime d'assurance; quand ils perdent leur emploi ils reviennent avec l'assurance publique, retrouvent un emploi plus tard... Bref, il y a tout un problème lié à ces éléments-là.

Il y aurait une seule logique de primes pour toute la population, une exemption de contribution pour les personnes dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, des primes établies en fonction de la capacité réelle de payer et la fin du non-retour, ce que je viens d'expliquer tantôt.

Je saute par-dessus les dernières pour parler tout de suite des mesures transitoires pour l'instauration de ce régime. On pense qu'il doit y avoir un certain délai. Il y a des choses qui doivent être regardées. Dans ce sens-là, on demande la mise sur pied d'un comité qui pourrait regarder comment on peut faire la transition de ce qui existe vers un régime public et un certain nombre d'éléments qui pourraient être mis de l'avant comme: les adhérents aux régimes privés devraient être libérés maintenant de l'obligation qui leur est faite à l'article 18 de la loi d'étendre leur couverture d'assurance à l'ensemble des personnes à leur charge — on pourrait procéder dès

maintenant; à la fin d'une première année, toutes les personnes salariées dans le régime public et celles du secteur privé non conventionné seraient intégrées au régime public d'assurance médicaments, et dans le cas des salariés du secteur privé, ils s'intégreraient à l'échéance de leur convention collective — il y aurait à ce moment-là des possibilités de négocier avec l'employeur par rapport à qu'est-ce qu'on fait dans cette situation-là, par rapport au fait que l'employeur investissait, peut-être que là on peut laisser la part de l'employeur plutôt être versée dans le Fonds, ou certains syndicats pourraient négocier d'autres bénéfices, mais, ça, ça serait le jeu de la négociation; à court terme, tous les employeurs seraient tenus de contribuer au régime public, à moins de faire la preuve qu'ils contribuent déjà au financement d'un régime privé de leurs employés.

Sur le contrôle du coût des médicaments, on pense qu'il y a une urgence là. Avec une hausse des dépenses de 15 % par année, on pense que c'est inacceptable. Il y a des décisions politiques courageuses qui s'imposent pour freiner cette hausse vertigineuse des coûts qui compromettra à terme le régime d'assurance médicaments et le système québécois de santé et de services sociaux. On pense que ce contrôle des coûts est impératif. Ça passe, entre autres, par une politique d'achat au plus bas prix en fonction du rapport de qualité. Ça suppose aussi de remettre en question la politique du 20-15 accordant une protection de 35 ans aux médicaments brevetés. On sait que M. Landry n'est pas tellement favorable à ça, mais on pense qu'il y a des choses à regarder de ce côté-là, puisque ça existe ailleurs, dans d'autres pays. Puis on est capable d'y arriver. On ne voit pas pourquoi on serait, au Québec, contraint pendant 35 ans de garantir une protection à des brevets alors qu'ailleurs on peut y arriver avec des délais plus courts.

Une politique du médicament dont on ne peut faire l'économie. Cette politique-là, d'une certaine façon permettrait à l'État d'agir directement sur les prescripteurs et sur l'industrie pharmaceutique. Je vais terminer rapidement. Cette politique devrait notamment contenir un établissement des prix de référence, la création d'une enveloppe contrôlée, une revue de l'utilisation des médicaments, un suivi rigoureux des habitudes de prescription, une évaluation des paiements à l'acte sur les habitudes de prescription des médecins, un suivi professionnel et objectif à l'égard des médecins sur leur thérapie médicamenteuse, un encadrement serré des pratiques de promotion et de marketing de l'industrie pharmaceutique. Ça existe aux États-Unis, O.K.? Il y a donc dans ça des éléments qu'on a cités qui existent déjà ailleurs. Ce n'est pas de l'invention de la Centrale, c'est des situations qui existent dans d'autres pays.

Rapidement, sur la démocratisation du processus, on demande la formation d'un comité ministériel sur la politique globale du médicament. C'est un comité qui a déjà existé puis qui s'est comme perdu dans les vapeurs. On veut que ça soit remis sur pied et qu'il soit maintenant effectif, alors dans ce sens-là, donc... Et ensuite vous avez les mécanismes de consultation et de représentation

formelle et publique permettant une intervention auprès du conseil consultatif des médicaments.

Sur la révision de l'assurance médicaments, je pense qu'on l'a déjà. On présume que ça devrait rester dans le prochain régime.

En terminant, je vous citerai, Mme Marois, quand vous disiez, le 20 janvier dernier: «L'État sera toujours le mieux placé pour représenter l'intérêt public et préserver les principes d'universalité et l'accessibilité à des soins de qualité sans discrimination ni distinction.» C'est cet a priori qui est la base même des recommandations que la Centrale formule. Il devrait également guider le choix des gouvernements dans cette révision du régime général d'assurance médicaments. Il est maintenant incontournable, voire urgent, que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse pleinement que l'accès aux thérapies médicamenteuses fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé.

Le Président (M. Labbé): Merci beaucoup de votre collaboration, M. Gagnon. Je sais que je vous ai pressé un petit peu en vous indiquant qu'il restait malheureusement deux minutes, mais vous avez fait ça comme un professionnel. Alors, sans plus tarder je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais souhaiter la bienvenue officiellement à nos invités après l'avoir fait officieusement. L'opposition m'en a donné le temps, nous refusant de commencer les travaux de notre commission. Alors, je m'en excuse auprès de nos invités et de ceux que nous avons fait attendre.

Bon. Je comprends très bien que votre proposition, c'est un régime public universel, mais un régime d'assurance, on s'entend là-dessus, là. On ne passe pas à une intégration dans les budgets généraux de l'État; on laisse vraiment dégager comme régime en soi, comme régime d'assurance, mais dans lequel évidemment il y a une espèce de transfert dans le fond vers les personnes qui auraient des revenus plus bas ou qui seraient moins en mesure de payer les primes ou la franchise ou la coassurance. Est-ce que c'est ce que je comprends?

Le Président (M. Labbé): Madame... M. Gagnon.

M. Gagnon (Marc-André): Je vais en faire un bout, Mme Marois, et peut-être que Mme Pelchat pourra rajouter. Oui, c'est un régime d'assurance, parce que d'une certaine façon... Quand on regarde le régime actuel, un des problèmes que, nous, nous avons vu et que d'autres ont vu, c'est qu'il y a d'une certaine façon... les clientèles à risques sont pas mal concentrées sur les personnes qui sont à faibles revenus, les personnes assistées sociales, un certain nombre bien sûr de personnes âgées, compte tenu de l'âge, et que dans ce sens-là tous les risques sont ensemble et que, si on fait simplement le regarder dans le contexte actuel, il n'y aura pas de mystère par rapport à comment les primes vont évoluer.

● (16 h 20) ●

Et, nous, on pense qu'on doit plus le regarder dans un régime global pour garantir encore une fois l'accessibilité, l'universalité et l'équité. Et dans ce sens-là les autres qui ne sont pas actuellement dans le régime sont couverts d'une certaine façon par les régimes privés, et on pense qu'on devrait avoir une espèce de mutualisation — je ne sais pas si c'est le bon terme — de l'ensemble de cette clientèle-là.

Et à ce moment-là, quand vient le temps de regarder le financement, on dit: Actuellement, il y a des gens qui paient des primes, on l'a vu, et ceux qui paient au privé paient plus cher dans certains cas pour avoir une protection qui est à peu près équivalente à ce qui est donné...

Mme Marois: Elle doit l'être d'ailleurs, hein, par rapport à la loi.

M. Gagnon (Marc-André): Voilà. C'est ça. Alors, il y a toutes sortes de distorsions, là — je ne reprends pas le document d'évaluation que vous nous avez soumis — mais qui existent actuellement.

Donc, dans ce sens-là on dit: Pour être capable d'équilibrer ça, ces gens-là ont dit: Peut-être qu'on peut organiser une prime. Et arrêtons de se conter des histoires, quand même on voudrait que les gens qui ont 10 000 \$ de revenus par année puissent se payer des primes d'assurance médicaments de 500 \$, c'est impossible! C'est impossible. Ils n'achèteront pas de médicaments. Donc, dans ce sens-là on dit: Peut-être qu'il vaut mieux regarder collectivement, comme on le fait pour les médecins, comme on le fait pour les hôpitaux, comment on peut faire en sorte de partager des risques, parce que ça va être de plus en plus cher. Il ne faut pas se conter d'histoire, ça va être de plus en plus cher. Et dans ce sens-là, on se dit: Faisons une espèce de partage plus équilibré. Et on dit: L'État fournit actuellement dans la caisse. Vous avez remarqué, on n'a pas exigé qu'il en mette plus qu'il n'en met actuellement. On veut au moins protéger ce qu'il y a là.

Les employeurs en mettent aussi actuellement pour plusieurs dans des parts. Il y a une part employé, il y a une part employeur. Et on fait le constat que ceux qui n'en ont pas, O.K., actuellement, ces employés-là sont assurés au public, les employeurs sont tranquilles. Alors, dans ce sens-là on dit: On peut équilibrer les choses, là. Et, quand on regarde pour les citoyens qui sont au privé, bien on paie des primes d'assurance, bien on continuerait à payer des primes d'assurance. Bref, on aurait un système qui est plus équilibré, qui garantirait plus l'accessibilité, qui serait plus équitable, bref qui ferait en sorte qu'on aurait un régime qui donnerait aux citoyens et aux citoyennes ce à quoi ils s'attendent, parce qu'on ne pourra plus se passer des médicaments. Parce que, vous le savez, avec le virage ambulatoire, Mme Marois, dans certains cas la médication remplace l'hospitalisation.

Mme Marois: C'est tout à fait juste. Oui, vous vouliez ajouter.

Le Président (M. Labbé): En complémentaire, peut-être, Mme Pelchat.

Mme Pelchat (Marie): Pour compléter, je dirais qu'on propose de remplacer un régime hybride par un régime hybride, c'est-à-dire au lieu d'être privé-public...

Mme Marois: Il serait public-public.

Mme Pelchat (Marie): ...il serait à la fois un régime d'assurance et un régime d'assistance.

Mme Marois: C'est ça.

Mme Pelchat (Marie): Quand on réclame que, les personnes dont le revenu annuel est inférieur au seuil de faibles revenus, elles soient couvertes, qu'on exige d'elles aucune contribution, c'est donc un régime hybride qu'on vous propose mais plus à la convenance de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Québec que le régime actuel.

Mme Marois: Ça va. Je comprends bien. Donc, vous conservez la contribution, c'est-à-dire vous demandez que dans ce régime public la contribution gouvernementale, pour ceux qui sont complètement exemptés de prime, puisse continuer d'être assumée par le gouvernement et versée au régime, on s'entend bien — est-ce que c'est comme ça que je vous suis? d'accord — et que nos seuils de contribution soient augmentés, ce qui augmenterait la part gouvernementale de cette façon-là, sinon les primes vont augmenter pour ceux et celles qui vont payer.

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

Mme Pelchat (Marie): Vous avez parlé lors des travaux en commission parlementaire, ici, que les besoins étaient de 2,3 milliards. En fait, quand on exempte les personnes à faibles revenus, c'est sûr que ça retire un élément, mais le gouvernement investit déjà 900 millions. On s'entend là-dessus? Il y a déjà 609 millions...

Mme Marois: Ce sont les bons chiffres. Je ne les vérifie pas, là, mais c'est de cet ordre-là, on est correct.

Mme Pelchat (Marie): Bien, à peu près, là. On va arrondir...

Mme Marois: Même un peu plus, mais c'est correct, ça va.

Mme Pelchat (Marie): C'est 922, je pense, le chiffre exact.

Mme Marois: Oui, ça va. Chipotons pas.

Mme Pelchat (Marie): Les personnes assurées dans des régimes privés actuellement consomment pour 609 millions de médicaments, mettons qu'on dit qu'elles

paient ce qu'elles consomment, on va, avec la contribution des employeurs, à 1 %, ce qui fait 500 millions, et ceux qui sont déjà dans le régime public, pas les personnes âgées, les personnes assistés sociales mais les adhérents du régime public, qui cotisent pour 292 millions. On a trouvé le 2,3 milliards sans être obligé de mettre à contribution les personnes à faibles revenus. Donc, on a un régime qui est plus équitable, qui garantit véritablement l'accessibilité, parce que là l'accessibilité est pour les mieux nantis, et qui est universel.

Mme Marois: O.K. Non, c'est sûr que c'est très intéressant de regarder cette possibilité-là. Par ailleurs, évidemment vous êtes conscients, surtout j'imagine compte tenu de votre mandat, de vos objectifs et de ce que vous êtes comme institution syndicale, qu'une telle transformation nous amènerait bien sûr à perdre certains revenus comme gouvernement, là, avec les taxes. Mais ça, ce n'est pas lié à ce que vous êtes. C'est que les entreprises qui couvrent actuellement le régime privé évidemment devraient renoncer à ces revenus, parce que bien sûr elles font des revenus, et donc sûrement remanier leur organisation, et ça aurait sûrement aussi de l'impact sur l'emploi. Nous, comme gouvernement, si on prenait une telle décision, c'est à l'ensemble de ces évaluations-là auxquelles il faut procéder. On en a un certain nombre, là. Mais j'imagine que ça vous a interpellé aussi ou vous y avez un peu pensé.

Le Président (M. Labbé): M. Gagnon.

M. Gagnon (Marc-André): Oui. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle on a proposé qu'il y ait un comité transitoire qui soit en mesure d'évaluer un certain nombre de problèmes...

Mme Marois: Ces impacts-là.

M. Gagnon (Marc-André): ...auxquels il faudra trouver solution. On comprend que... Quand on regarde, on a dit: Bon, on pense qu'on peut y arriver sur une période d'un an. Peut-être faut-il regarder une période un peu plus longue puis être capable de procéder à certains ajustements. On peut comprendre que dans certains cas il peut y avoir des situations peut-être parfois difficiles. Peut-être que, dans la mesure où on met ce comité-là en place et que dans le fond l'État, par ce nouveau régime-là, est en besoin de personnel, plutôt que ça se fasse d'un côté... Disons les choses plus crûment: D'un côté, on ferme parce qu'on n'a plus de clients, alors que du côté de la Régie on a besoin de plus de personnel. Si ça se fait en deux espèces de processus séparés, bien on pourrait arriver à avoir des gens qui perdent des emplois, alors qu'on aurait pu faire dans le fond une intégration. Il y a des choses qui sont réalisables, il y a des choses qui sont regardables, et on pense qu'on doit s'arrêter à évaluer ça correctement.

Mais je dirai aussi en même temps qu'il est bien clair qu'on n'a pas toutes les solutions. Comme, quand le

gouvernement, je dirai, a décidé de faire... dans le cas de l'assurance automobile, de procéder avec un régime d'État, bien il y a des compagnies qui avaient aussi des clients qui assuraient. Donc, dans ce sens-là on est un peu dans la même situation. Mais là on pense qu'on doit le regarder aussi par rapport aux personnes qu'on veut qu'elles aient accès à des médicaments, avec les moyens qu'elles ont. Et je pense que dans ce sens-là il y a moyen, plutôt que d'arriver avec une formule très directive, en disant: Voilà, ça s'implante, on peut prendre un temps pour regarder comment on peut regarder ça. Peut-être que dans la réflexion il y aura aussi d'autres formules qui peuvent être regardées, mais on pense que la base, ça doit être ça.

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

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

M. Marcoux: Merci, M. le Président. Bienvenue, Mme Richard et vos collègues. Merci pour votre présentation et également pour votre mémoire. Évidemment, une question importante que vous abordez, c'est celle du contrôle de l'évolution du coût des médicaments. Il y a différentes hypothèses évidemment qui sont évoquées, une qui a trait à la durée de protection, une autre qui a trait également à l'évaluation, à l'inscription sur la liste des médicaments. En ce qui a trait à la durée de protection pour les médicaments d'origine, vous parlez de 20 plus 15 — dans le fond, 35. Est-ce que c'est vraiment ce qui s'applique en pratique ici, au Québec? Parce qu'il y a la durée de protection des brevets qui est de 20 ans à peu près et il y a un cinq ans additionnel basé sur le moment de l'inscription sur la liste de médicaments, donc si je comprends, ce n'est peut-être pas nécessairement automatiquement 35 ans. Ça peut être plutôt souvent 25 à peu près.

Deuxièmement, si le médecin prescrit le médicament d'origine après le brevet, à ce moment-là le gouvernement rembourse. Mais, s'il prescrit le générique, c'est le générique qui est payé. En d'autres termes, ce n'est pas automatique. Si je comprends, ce n'est pas une protection qui est complète. Je voudrais juste essayer de comprendre parce que c'est compliqué. Mais en disant 35 ans je ne suis pas sûr si ça reflète la situation en pratique.

Le Président (M. Labbé): Mme Pelchat.

Mme Pelchat (Marie): Ça reflète tout à fait la situation dans la mesure où il y avait la loi C-22 au fédéral où une compagnie pouvait copier des médicaments brevetés pendant qu'ils étaient encore sous brevet et payer des redevances à la compagnie qui avait développé le médicament breveté. Maintenant, il n'y a aucune copie possible avant le délai de 20 ans. On s'entend là-dessus? Dans les documents de la Régie de l'assurance maladie, il est

indiqué que la RAMQ n'achète des médicaments génériques que si ceux-ci ont 15 ans et qu'ils sont produits par deux compagnies. Donc, comme les compagnies de génériques n'ont plus le droit de faire de copies avant le 20 ans, il faut attendre que le générique ait 15 ans et qu'il y en ait deux sur le marché, ça fait, à toutes fins utiles et pour tous les médicaments mis en vente, protégés depuis 1987, des médicaments qui bénéficient au Québec d'une protection de 35 ans.

M. Marcoux: Donc, ce n'est pas 20 ans plus cinq.

Mme Pelchat (Marie): C'est 20 ans plus 15.

M. Marcoux: Évidemment, si le médecin fait cette prescription, si le médecin prescrit le générique, c'est le générique qui à ce moment-là est remboursé, après 20 ans, non?

Mme Pelchat (Marie): Les médicaments remboursés sont inscrits dans la liste.

• (16 h 30) •

M. Marcoux: Ou dès que le générique apparaît sur le marché, là?

Mme Pelchat (Marie): Dès qu'ils sont inscrits sur la liste générale qui sert de base au régime. Ils vont être remboursés s'ils sont inscrits sur la liste...

M. Marcoux: Exact.

Mme Pelchat (Marie): ...pas s'ils ne le sont pas.

Mme Marois: Non, non. Il faut qu'ils soient inscrits.

M. Marcoux: C'est ça. Oui, mais, normalement, ils sont inscrits, le générique est inscrit. Dès qu'il est inscrit, il peut être remboursé, il n'y a pas de problème.

Mme Pelchat (Marie): Oui, c'est ça, mais c'est le temps de l'inscription...

M. Marcoux: Mais je reviens sur la protection du breveté parce que c'est une question importante, qui a été discutée ici. Ce que j'avais compris, moi, c'est que le médicament breveté, il y avait une protection, au Québec, additionnelle de cinq ans, 15 ans d'inscription sur la liste et évidemment si le médecin le prescrivait. Donc, c'est pour ça que ça représente, semble-t-il, un coût d'à peu près 18 millions. C'est important, là. Mais ça représente, semble-t-il, un coût d'à peu près 18 millions à 20 millions additionnels. Ce que vous proposez, c'est que cette règle du 20 ans plus cinq ou du bas prix plus cinq soit complètement éliminée et que, dès que le générique arrive sur le marché, à ce moment-là, le remboursement se fasse uniquement sur le prix du générique?

Le Président (M. Labbé): Mme Pelchat.

Mme Pelchat (Marie): Ce n'est pas cartésien comme ça.

M. Marcoux: Ah bon!

Mme Pelchat (Marie): Parce qu'il y a, dans certains cas, des médicaments génériques qui sont plus chers que les brevetés. Ça existe. Et, nous, ce qu'on dit, c'est: Le plus bas prix. Si c'est le breveté qui est au plus bas prix, c'est le breveté qui sera remboursé. Si c'est le générique, ce sera le générique. Normalement, les génériques sont moins chers, mais ce n'est pas le cas dans tous...

Le Président (M. Labbé): M. Gagnon, en complémentaires.

M. Gagnon (Marc-André): Moi, je pense que, en complémentaire, ce que je voudrais simplement ajouter, c'est qu'on peut regarder par rapport à tout ça puis s'imaginer que ça prend absolument ça pour être capable de protéger, dans le fond, l'industrie pharmaceutique en recherche. Il y a, des fois, des exemples qu'on peut donner où ce n'est pas toujours le cas. BioChem Pharma, qui n'est quand même pas une compagnie qu'on ne connaît pas, là, ils ont mis au point un médicament contre le 3TC — c'est dans notre mémoire, à la page 29 — où, après l'avoir développé, l'avoir fait approuver, ils ont vendu le brevet à une multinationale d'Angleterre. La même multinationale est venue s'installer en Ontario pour fabriquer le médicament.

Donc, au fond, on n'a pas eu nécessairement la protection, parce que la compagnie, tant qu'elle peut vendre son brevet, elle peut, d'une certaine façon, contourner ces éléments-là puis s'établir ailleurs, ce qui fait que ce n'est pas toujours vrai que le fait qu'on ait ça, c'est une garantie de la protection des emplois dans la recherche. Je ne veux pas dire que ce n'est pas important. On ne veut pas dire par là que ce n'est pas important. On pense qu'il y a des choses qui doivent être regardées.

Et d'ailleurs, dans les propositions qu'on met de l'avant sur la question de comment on peut limiter le contrôle des coûts des médicaments, bien, ce n'est pas une formule unique. Il y a plusieurs choses qu'on pense qui doivent être regardées. Et c'est un ensemble de ces formules-là qui va nous permettre d'arriver à faire en sorte qu'au lieu d'être dans un processus, une spirale d'augmentation on soit capables de mettre un peu le frein par rapport à ces coûts-là.

M. Marcoux: Vous permettez, M. le Président?

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

M. Marcoux: Vous avez également des suggestions quant à l'inscription sur la liste et aux critères qui devraient être évalués pour l'inscription sur la liste. Vous parlez, entre autres, évidemment de l'évaluation des valeurs, de tenir compte des valeurs sociétales et non pas

de tenir compte uniquement de l'aspect économie. Par ailleurs, certains groupes nous l'indiquent, et je pense que du côté des personnes âgées il y a certains médicaments qui peuvent peut-être coûter assez cher mais qu'il est important d'avoir sur la liste parce que ça permet, pour les gens en question, de traiter soit des maladies qui exigent des médicaments coûteux ou parfois qui permettent d'assurer le meilleur bien-être des gens. Alors, si on tient compte vraiment aussi des valeurs sociétales autant que des valeurs économiques, est-ce qu'on rejoint l'objectif de pouvoir assurer la meilleure médication aux gens qui en ont besoin?

Le Président (M. Labbé): Mme Pelchat.

Mme Pelchat (Marie): Je pense que, si on dit qu'un médicament coûte très cher mais qu'il peut garantir le bien-être, comme société, on doit avoir les moyens de donner suite à ces demandes-là. On peut y donner suite surtout si on applique des méthodes de contrôle des coûts qui sont rigoureuses — la méthode des enveloppes fermées mise de l'avant notamment en Allemagne, ça nous donne des marges de manoeuvre pour bouger — et si on agit aussi sur les prescripteurs, parce que, dans l'ensemble de la documentation, c'était les grands oubliés. Or, il n'y a personne au Québec qui se fait une prescription soi-même, il faut toujours en référer à un médecin. Et les pratiques médicales, les recherches qu'on a faites sur le sujet nous indiquent qu'il y a là des grandes marges. Donc, regarder la pratique médicale, contrôler les prix par le biais d'enveloppes globales ou fermées, ça peut nous donner effectivement les marges de manoeuvre financières pour répondre aux valeurs sociétales qu'il faut mettre de l'avant dans le cadre d'un régime public d'assurance médicaments.

M. Marcoux: Vous parlez évidemment du paiement à l'acte — vous y avez fait allusion — sur les habitudes de prescriptions. Est-ce que, pour vous, présentement, c'est un système qui permet plus de prescriptions que ce qui serait requis et, donc, qui devrait être modifié?

Deuxièmement, certains groupes nous ont parlé également du rôle du pharmacien. Certains groupes nous ont parlé également du rôle qui serait peut-être accru de la part du pharmacien. Est-ce que vous avez examiné cet aspect-là? Est-ce que le pharmacien pourrait également jouer un rôle plus important que celui qu'il joue actuellement?

Le Président (M. Labbé): M. Gagnon.

M. Gagnon (Marc-André): Moi, je pense que oui parce que, effectivement, dans certaines situations, il y a des fois où le pharmacien pourrait être capable de discuter avec le médecin sur soit la consommation, soit le type de médicament, soit par rapport aux effets secondaires. Parce que, des fois, c'est plus facile, quand tu vas chercher tes médicaments auprès de ton pharmacien, de lui parler des effets secondaires possibles que de prendre un rendez-vous pour rencontrer ton médecin pour aller en parler, etc. Il y

a sûrement là, du côté des pratiques des professionnels, aussi bien ceux qui les prescrivent que ceux qui les donnent, des choses qui auraient besoin d'être affinées parce que, actuellement, ils fonctionnent...

On a, tout le monde, entendu ou vu des médecins prescrire puis, quand le pharmacien vient pour donner la prescription, se poser des questions pourquoi on a prescrit ça. Et, s'il téléphone, le médecin dit: C'est moi qui prescris, tu donnes ce que j'ai prescrit. Tout le monde, on peut en donner de ces exemples-là. Et on pense que, dans ce sens-là, il pourrait y avoir une meilleure coordination.

Je pense qu'on pourrait aussi être capable de regarder un petit plus du côté des pharmaciens, quel rôle ils peuvent jouer dans un concept où on doit regarder comment on fait pour être capable de fournir les médicaments correctement à moindre coût quand on est dans un contexte social, alors qu'actuellement ce n'est pas tout à fait comme ça que ça fonctionne. Parce que plus tu vas voir ton médecin pour t'en prescrire, plus il est payé, puis plus le pharmacien remplit de prescriptions, plus il est payé. Ça fait que, dans ce sens-là, ça ne va pas en incitant à faire en sorte que les coûts soient moindres mais plus souvent dans une spirale d'augmentation des coûts. On voit ça dans des rapports qu'on a regardés, qui expliquent un peu que cette façon de procéder à l'acte, ça génère souvent plus de coûts, c'est généralement les médicaments les plus coûteux. Et il n'y a pas souvent non plus de réflexion sur: Est-ce qu'on pourrait mettre fin à telle médication? Plus souvent qu'autrement c'est commencé puis on ne sait pas quand est-ce que ça s'arrête, particulièrement pour les personnes âgées.

Mme Pelchat (Marie): En complément, on pourrait peut-être dire qu'à l'heure actuelle les compagnies pharmaceutiques sont les principales sources d'information des médecins. On pourrait s'inspirer des pratiques de l'industrie pharmaceutique et développer la pratique de pharmaciens-conseils qui visitent les médecins, les renseignent sur les coûts des médicaments, les renseignent sur les impacts, les effets secondaires de certaines médications. Je dirais qu'on a, à cet égard-là, à apprendre de l'industrie pharmaceutique et de ses pratiques.

Le Président (M. Labbé): Peut-être une dernière question, M. le député.

M. Marcoux: Oui.

Le Président (M. Labbé): Excusez. Peut-être en complémentaire, avec M. Goulet, s'il vous plaît.

M. Goulet (André): Oui. À l'Association, nous avons reçu beaucoup de demandes d'information de la part de membres qui nous disent: Comment se fait-il que, quand on va à la pharmacie maintenant, il arrive souvent — et ce n'est pas général, mais on a eu des téléphones là-dessus, en demande d'information — qu'on va s'informer auprès d'un pharmacien puis on nous charge uniquement pour demander de l'information sur des choses?

Quand on pose la question: Est-ce qu'il y a du travail à faire auprès des professionnels en pharmacie? Oui. Il y a des pharmaciens qui facturent les ordonnances aux 30 jours; il y en a, c'est trois mois; il y en a, c'est six mois. Et, quand quelqu'un est aux prises avec un problème de santé et qu'il doit prendre ce médicament-là jusqu'à sa mort... C'est vrai que le pharmacien a un rôle professionnel dans l'évaluation. Mais toujours cette facturation qui multiplie toujours les coûts, à ce moment-là, aux yeux des personnes... Il y a quelque chose à faire au niveau de la profession pharmaceutique. J'ai essayé d'avoir des informations au niveau de l'Ordre là-dessus et j'attends toujours les réponses. Ça fait un an et demi que j'ai...

• (16 h 40) •

Le Président (M. Labbé): M. le député, peut-être une question courte, réponse courte.

M. Marcoux: Bien, des réponses courtes... Oui. Écoutez, moi, je voulais poser la question. Vous parlez de l'Allemagne, je pense, avec les enveloppes contrôlées. Vous semblez avoir bien examiné ce système-là. Est-ce que c'est unique, selon vous? Et est-ce que ça fonctionne dans un contexte bien particulier qui est bien différent du nôtre ou vous pensez que nous pourrions appliquer cette méthode-là ici avec efficacité?

Mme Pelchat (Marie): Ce n'est pas un modèle unique. C'est l'Allemagne toutefois qui est allée le plus loin dans l'étude de différents moyens pour contrôler les coûts. Et le Forum national de la santé arrivait à la même conclusion aussi quand il disait que la solution des budgets globaux semble la plus prometteuse. Toutes les études réalisées... C'est vrai que c'est l'Allemagne qui est allée le plus loin, mais d'autres ont avancé dans des pistes similaires.

M. Marcoux: Merci.

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

Mme Marois: Oui, merci, M. le Président. Alors, on s'est bien compris finalement tout à l'heure sur la protection des brevets et tout le reste, hein? On a bien compris que ça peut être plus bas que 35 ans. Et même, dès qu'un générique apparaît, le 15 ans, ça peut aller, quoi... C'est 20 ans, c'est ça?

Une voix: Vingt ans...

Mme Marois: Oui. Alors, ça peut être en deçà, et pas mal, du 35 ans. On se comprend bien, hein? Bon. Parce que j'en ai suivi un bout puis, après ça, je suis allé lire un de vos... C'est-à-dire, vous avez référé à des commentaires, puis je suis allée les lire ici.

Deux questions, pour terminer cet échange. Dans votre mémoire, effectivement, et le député de Vaudreuil l'a abordé, «la démonstration de la valeur thérapeutique comparée par les compagnies pharmaceutiques», vous

parlez des critères utilisés par le Conseil consultatif de pharmacologie qui devraient aller plus loin. Ce que je comprends, c'est que vous souscrivez aux critères qu'on propose dans le mémoire: sécurité, efficacité théorique, rapport coûts-efficacité, impact économique net et valeur sociétale?

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

M. Gagnon (Marc-André): Oui, sauf particulièrement celui sur l'impact économique, qui nous pose des questions.

Mme Marois: Oui, ça, j'avais vu que vous aviez une certaine inquiétude.

M. Gagnon (Marc-André): On pense que, là, peut-être parce qu'on pense qu'il va coûter trop cher finalement, on ne veut pas l'évaluer. Mais on pense que les autres critères qui sont là méritent effectivement d'être regardés.

Mme Pelchat (Marie): Peut-être en complément.

Mme Marois: Oui.

Mme Pelchat (Marie): On va un peu plus loin, quand on dit que le fardeau de la preuve revient à l'industrie pharmaceutique et non pas au gouvernement.

Mme Marois: Non pas au gouvernement. C'est ça.

Mme Pelchat (Marie): Parce qu'il y a des écarts importants entre le taux d'acceptation des médicaments actuellement et le taux de médicaments qui représente une valeur réelle de plus que ce qu'il y a déjà dans la liste des médicaments.

Mme Marois: Remarquez que vous connaissez les pratiques de marketing aussi et le fait qu'à un moment donné les citoyens réclament eux-mêmes le médicament au nom, quasi, de la compagnie pharmaceutique. Vous êtes conscients de ça. D'ailleurs, vous faites référence — et je vais terminer avec ça — à la page 38 du mémoire, aux «normes d'éthique et un plafonnement des dépenses de marketing». Vous rappelez des expériences étrangères. Est-ce que vous pourriez nous identifier des modalités d'action à cet égard? C'est à la page 38 de votre mémoire.

Le Président (M. Labbé): Alors, peut-être, Mme Pelchat.

Mme Marois: «Des normes d'éthique et un plafonnement des dépenses en marketing».

Mme Pelchat (Marie): En fait, il y a certaines pratiques qui ont été mises sur la place publique depuis le début des années quatre-vingt-dix. Dans d'autres milieux,

on appellerait ça des pots-de-vin. Le médicament Capoten, on donnait un ordinateur aux médecins qui le prescrivaient cinq fois. Oui, on connaît ces pratiques-là. Aux États-Unis, ils ont balisé ces pratiques-là en disant: On ne peut pas offrir des congrès, offrir de l'équipement ou des cadeaux, ça ne peut pas aller aussi loin qu'où ça va au Québec, d'une part.

D'autre part, le Royaume-Uni, ce qu'ils ont mis de l'avant — il faut savoir que les compagnies pharmaceutiques ont des gros chiffres d'affaire et des gros pourcentages de profits — ils ont dit: Ce n'est pas infini, ce qu'on peut mettre en marketing sur notre territoire, ce sera au pourcentage des ventes. Donc, ça limite un peu, ça encadre un peu ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. Actuellement, tout est permis.

Mme Marois: Oui, je comprends bien. Donc, ça mériterait un certain encadrement, si je comprends bien, selon votre point de vue. Je vous remercie de la qualité du mémoire que vous nous avez présenté, je pense que ça campe bien ce à quoi pourrait ressembler un régime universel public, avec certaines variables, j'ai bien compris.

Vous souhaitez qu'apparaisse aussi une politique du médicament. J'ai eu l'occasion à quelques reprises de faire des remarques ici, devant les membres de la commission ou devant des gens qui sont venus faire des présentations. On croit que ça n'existe à peu près nulle part au monde. On y a mis un certain travail pendant quelque temps, mais nous nous sommes rendu compte qu'il était peut-être préférable de procéder au moins à une première évaluation du régime tel que nous le connaissons pour éventuellement tirer un certain nombre de leçons qui nous permettraient de nous réinscrire dans une perspective de définition d'une politique du médicament. Et on est d'accord avec vous en ce sens-là, que ça demandera sûrement un investissement à tout le moins en termes intellectuels au départ pour nous permettre de baliser ce que cela pourrait comporter. Alors, merci beaucoup pour votre excellente présentation.

Mme Richard (Monique): Alors, merci, Mme Marois. On sait qu'il y a des propositions qui demandent du courage. On vous connaît comme une femme courageuse. Les défis, vous les avez abordés de façon très sérieuse sur différentes questions. Et je pense que, là-dessus, on peut vous assurer de la collaboration de la CEQ pour des tables de travail pour continuer la réflexion sur les questions soumises.

Mme Marois: Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, Mme Richard, M. Gagnon, Mme Pelchat, M. Goulet, merci pour la qualité de votre présentation. Bon retour!

Et j'inviterais sans plus tarder les membres de la Chambre de commerce du Montréal métropolitain à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît, pour la présentation de leur mémoire.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Maintenant, les membres de la Chambre de commerce du Montréal métropolitain sont présents, alors sans plus tarder... Vous savez un petit peu le fonctionnement. Vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire, et, de chaque côté de la table, nous avons 15 minutes pour réagir à votre mémoire comme tel. Alors, je ne sais pas si c'est M. Lacharité qui va débiter. Alors, sans plus tarder je vous cède la parole, mon cher monsieur, je vous invite à présenter les gens qui vous accompagnent.

Chambre de commerce du Montréal métropolitain

M. Roberge (Françoy): Je vais me présenter en premier. Mon nom est Françoy Roberge. Bonjour, M. le Président, Mme la ministre, mesdames, messieurs les membres de la commission. M. Lacharité aurait aimé être avec nous, mais il est retenu à Montréal par une blessure qui rend ses voyages inconfortables. Notre président est retenu dans un voyage d'affaires en Arizona pour négocier une transaction dans le domaine des technologies de l'information. Et notre président du conseil est pris à Bruxelles pour négocier la fusion d'Alcan avec Alusuisse et Pechiney.

Le Président (M. Labbé): On très heureux de vous avoir avec nous.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Roberge (Françoy): Donc, je les représente. Mon nom est Françoy Roberge, directeur des affaires publiques. Et je vous présente les gens qui m'accompagnent, Mme Marie-France Deslauriers, qui est coprésidente de notre Comité Santé, et M. Richard Garant, qui est également coprésident de notre Comité Santé, à la Chambre de commerce.

● (16 h 50) ●

Maintenant, la Chambre représente 7 000 membres qui emploient 500 000 personnes dans la région métropolitaine de Montréal. Et, pour nous, tout le secteur de la santé revêt une très grande importance parce que la région métropolitaine de Montréal est une des grandes régions dans le domaine de la santé en Amérique du Nord.

Le 20 janvier dernier, lors d'une allocution présentée aux membres de la Chambre de commerce du Montréal métropolitain, Mme Pauline Marois, la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, déclarait à peu près ce qui suit — en fait c'est textuel, je ne peux pas rendre son style inimitable, mais les propos sont là: «Les régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicaments comptent parmi les éléments distinctifs les plus importants de notre société. Leur renouvellement, la décision d'en préserver l'essentiel ou d'en assurer la viabilité sur des bases encore plus solides revient à chacun d'entre nous, au gouvernement et au secteur privé, aux individus et aux organisations. Les

fortes pressions qui s'exercent sur le système de santé, en raison notamment du vieillissement de la population et de l'évolution de la technologie, nous forcent à un réexamen.» Et nous y sommes.

L'espérance de vie, en effet, augmente chaque année rapidement au Québec. Vous savez tous que, bientôt, près du tiers de la population sera âgé de 65 ans et plus, et on nous promet de vivre jusqu'à 120 ans dans pas trop d'années. Cette longévité ne va pas sans amener un accroissement des besoins en soins de santé.

Par ailleurs, nous sommes à l'aube de l'une des plus grandes révolutions de l'histoire humaine, soit la genèse d'une science médicale axée sur la génétique. Cette nouvelle médecine se double de l'apparition d'équipements technologiques utilisant la résonance magnétique, le laser, les technologies de l'information, l'imaging, etc. Outre ces facteurs, on doit également noter l'absence de mesures de la performance du système de santé, ainsi que le soulignait l'an dernier le rapport Arpin.

La ministre de la Santé, Mme Marois, nous annonçait également en janvier qu'il faudrait bientôt faire de véritables choix de société. Doit-on exclure certains soins du régime de santé public, tarifier l'usage du système ou accroître la participation du secteur privé? La Chambre de commerce a ses propres opinions là-dessus, évidemment. Au cours des deux dernières décennies, nous nous sommes prononcés à plusieurs reprises en particulier sur le secteur des médicaments, la protection des brevets, dans les débats publics au Canada sur les lois C-22 et C-91. Nous avons fait des recommandations tant au gouvernement fédéral qu'au gouvernement du Québec en matière de santé mais aussi pour obtenir une protection intégrale des brevets dans le secteur biopharmaceutique, et c'est ce qui a permis, croyons-nous, de développer une très forte industrie dans la région métropolitaine.

C'est dans ce contexte qu'il faut considérer le débat qui a lieu ici, en commission parlementaire, et qui porte sur l'augmentation du coût de l'assurance médicaments. Dans notre mémoire, celui que nous vous présentons aujourd'hui, la Chambre de commerce du Montréal métropolitain formule quatre recommandations au gouvernement. Et je laisse à Mme Deslauriers le soin de vous parler de la première de ces recommandations.

Mme Deslauriers (Marie-France): Alors, la Chambre demande au gouvernement du Québec de ne pas envisager le coût des médicaments dans une perspective limitée. Il est temps de ne plus regarder le système de santé comme un assemblage de silos indépendants mais comme un ensemble. Oui, le coût des médicaments assuré par le programme gouvernemental s'est accru de 15 % par année depuis deux ans, mais cette croissance s'explique principalement par la hausse du nombre d'ordonnances. Le coût des médicaments inclus dans la liste gouvernementale n'a augmenté que de 4,4 % par année depuis 1997. La hausse vient principalement du vieillissement de la population — on en a parlé — et de la nécessité de prescrire davantage. Par ailleurs, le coût des médicaments sur ordonnance dans l'ensemble des dépenses de la santé

au Canada ne représente qu'environ 7 % des dépenses totales. Pour de nombreux médicaments, des études ont démontré que ceux-ci permettraient de réduire la demande en soins hospitaliers et, dans certains cas, de sauver des vies. D'autres ont indiqué que les politiques qui ont pour effet de rationner l'usage des médicaments entraînent le plus souvent des hausses au niveau des hospitalisations.

• (17 heures) •

Une autre étude réalisée aux États-Unis et publiée en 1996 nous renseigne sur les effets globaux de l'utilisation des médicaments sur les hospitalisations et les mortalités. Tout d'abord, le nombre d'hospitalisations, la durée de séjour et les soins chirurgicaux requis sont moindres pour les maladies où on dispose d'une importante variété de médicaments. Également, pour chaque tranche de 100 prescriptions, les auteurs ont estimé qu'on pouvait associer une réduction de 1,5 hospitalisation, une réduction des temps de séjour d'environ 16 jours et éviter plus de trois chirurgies. Plus la quantité de médicaments disponibles est grande, plus ceux-ci sont récents, plus la réduction des soins hospitaliers est importante. Et finalement, dans ce contexte, pour chaque dollar investi en médicaments, on épargne plus de 3,65 \$ en frais hospitaliers.

La Chambre recommande donc de considérer le coût des médicaments en étroite relation avec le reste du système et notamment en tenant compte des économies qu'ils peuvent engendrer. Par ailleurs, faut-il le rappeler, la bonne santé de notre économie est une condition fondamentale de la capacité du Québec ou de toute autre société de maintenir des programmes de santé et de services sociaux universels et de qualité. M. Garant va continuer sur cette question.

M. Garant (Richard): En effet. Merci, M. le Président. En fait, il importe en effet que l'examen de tout programme de santé porte attention aux retombées de ces programmes sur l'économie générale du Québec afin de s'assurer de la simple cohérence entre ce programme et les politiques de développement du Québec, puisque notre capacité d'avoir un système de santé de qualité dépend de la puissance de notre économie.

À ce chapitre, plusieurs économistes, prévisionnistes, en fait, dont ceux du Conference Board, entre autres, prévoient que, dans les années qui viennent, Montréal pourrait dépasser la région de Toronto en termes de croissance économique, plaçant Montréal au premier rang, finalement, des villes canadiennes au chapitre de la croissance du PIB. En fait, pour la première fois depuis une vingtaine d'années, le chômage s'établit à 6,5 % environ dans les régions métropolitaines de recensement, permettant ainsi d'atteindre ou, en fait, d'espérer atteindre des niveaux de l'ordre de 5 % de taux de chômage, ce qui, il y a trois ans à peine, aurait semblé une promesse électorale bien utopique.

Il y a une raison à cette tendance, et elle se nomme R & D, recherche et développement. Certains l'appellent recherche, d'autres l'appellent innovation, d'autres créativité. Mais, dans cette économie gouvernée par la

connaissance ou le savoir, une chose est certaine, c'est la recherche qui constitue le moteur de tout l'essor économique de la région de Montréal et du Québec dans son ensemble. Le Québec, en fait, est la seule province canadienne dont le ratio R & D sur PIB, qui est de 2,1 %, se rapproche de celui des États-Unis, à 2,8 %, ou de l'Allemagne, à 2,3 %.

Il faut dire que Montréal a la chance de compter sur plusieurs grands secteurs de la nouvelle économie, disposant de solides bases de production et de développement. C'est le cas, entre autres, dans l'aérospatiale, les technologies de l'information, le multimédia, le commerce électronique, les télécommunications et bien sûr le secteur biopharmaceutique. Ce secteur emploie plus de 17 000 personnes, dont plus de 4 000 emplois en recherche dans la région de Montréal. En matière de R & D, les sociétés innovatrices sont en effet importantes au Québec. Pour l'année 1998 seulement — en fait, dernière donnée disponible — elles y ont investi plus de 300 millions de dollars en recherche et développement.

En fait, ce secteur industriel bénéficie à la fois de chercheurs réputés travaillant au sein d'institutions où la recherche est une tradition vieille de plusieurs dizaines d'années et de centres de recherche hospitaliers et universitaires de tout premier plan. Au centre de tout le développement de notre région métropolitaine et de son économie, on trouve donc les universités, fers de lance des sociétés avancées, et les métropoles capables de jouer un rôle de chef de file dans un monde qui se construit actuellement. Or, comme vous le savez tous, les universités de la région métropolitaine vivent des moments difficiles présentement. Un de leurs problèmes est, en fait, d'ordre financier. Rappelons que l'apport financier considérable du secteur pharmaceutique — certains ont cité cette statistique: 46 % du financement industriel à la recherche provient du secteur pharmaceutique — est venu heureusement compenser le ralentissement prononcé du financement fédéral dans les derniers cinq ans. Au total, en fait, cette industrie a investi dans la région métropolitaine plus de 2 milliards de dollars en recherche et développement depuis l'année 1990.

De tels résultats ne sont certes pas le fruit du hasard. En fait, ils découlent, au contraire, d'une conjugaison de facteurs favorables au développement de cette industrie de pointe, dont, au premier chef, l'existence d'une protection de la propriété intellectuelle ainsi que d'un marché accessible aux innovations pharmaceutiques. Ces politiques, entre autres la règle de 15 ans, par lesquelles le Québec s'est distingué et qui lui valent aujourd'hui un avantage marqué par rapport à ses concurrents, sont malheureusement remises en cause dans le présent exercice. En effet, plusieurs pistes de solution envisagées auraient pour impact d'affaiblir la compétitivité du secteur pharmaceutique montréalais. C'est le cas en tout premier lieu de la politique du prix de référence. En fait, cette politique est l'antithèse de tous les efforts du gouvernement du Québec pour attirer ici des investissements dans le secteur biopharmaceutique. En fait, l'expérience internationale là-dessus, partout où elle a été

appliquée, en fait, c'est que cette politique se traduit par une réduction de la présence de l'industrie novatrice.

Le Québec, selon nous, sortirait donc triplement perdant de l'imposition du prix de référence, en premier lieu en perdant les acquis de ses politiques industrielles passées et présentes, en remettant en question la qualité des soins prodigués, et ce, sans pour autant atteindre les objectifs de contrôle budgétaire recherchés. L'abrogation de la règle de 15 ans serait tout aussi mal venue. En fait, cette mesure n'aura qu'un impact marginal, pourrait-on dire, sur la progression des dépenses de médicaments. En plus, elle enlèverait au Québec un élément important de sa compétitivité internationale, puisque, en fait, la force de cette politique-là, c'est qu'elle s'appuie sur un des éléments auxquels l'industrie pharmaceutique de recherche internationale est le plus sensible, soit la protection de la propriété intellectuelle. En fait, dans toute industrie qui repose sur le savoir, la propriété intellectuelle est capitale. Le soutien du Québec en matière de propriété intellectuelle au Canada a été et demeure déterminant. Rappelons-nous que, sans cet appui, il est probable que le projet de loi C-22 n'aurait pas été adopté, que le projet de loi C-91 n'aurait jamais été adopté non plus. De plus, en préservant l'accès aux nouvelles technologies novatrices, le gouvernement reconnaît un rôle essentiel des médicaments au sein de notre système de santé. C'est pourquoi la Chambre recommande au gouvernement de maintenir son appui au secteur pharmaceutique en favorisant le maintien, voire même l'accroissement de la propriété intellectuelle.

Je vais maintenant repasser à M. Roberge la parole pour vous entretenir des deux autres recommandations de la Chambre.

Le Président (M. Labbé): Alors, peut-être que...

La conclusion, mon cher monsieur. Malheureusement, le temps file.

M. Roberge (Françoy): Très bien. Alors, je vais aller tout simplement aux recommandations. Les deux dernières, c'est de donner suite à la recommandation du rapport Arpin visant à mettre en place des systèmes de mesure de la performance pour l'ensemble des services de santé, y compris les médicaments; et, finalement, favoriser la collaboration du secteur privé ou des partenariats lorsque le secteur privé dispose des technologies, des ressources et de l'expertise nécessaires afin de permettre des gains d'efficacité et d'efficience. Merci.

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

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Vous êtes très convaincants dans vos plaidoyers sur l'aspect, entre autres, apport de l'industrie pharmaceutique à notre économie. Je suis tout à fait d'accord avec vous que c'est un apport très significatif, et on est particulièrement fier de se situer dans le peloton de tête à cet égard, je dirais, par rapport à ce qui se passe ailleurs, au

Canada à tout le moins, et même par rapport à un certain nombre de pays industrialisés. Il se développe, effectivement, dans l'économie montréalaise un ensemble d'industries qui s'inscrivent dans la nouvelle économie et qui projettent en avant le Québec comme jamais on ne l'a fait depuis presque, je dirais, 50 ans en termes de croissance économique et en termes d'amélioration de nos taux d'emploi. Et chacune des composantes de cette économie, dont l'industrie pharmaceutique, est une composante importante, et je suis d'accord avec vous à cet égard.

Le problème évidemment que vous soulevez, au-delà de cet aspect, qui est fort bien documenté et que vous avez fort bien défendu, c'est que nous avons des coûts importants qui apparaissent, oui, oui, toutes proportions gardées, ne le sont pas tant que ça quand on compare le coût des médicaments versus le coût des interventions thérapeutiques ou des interventions chirurgicales en milieu hospitalier, par exemple, ça va de soi. Mais notre dilemme, c'est: Il faut que quelqu'un paie quelque part, et on ne voudrait pas que ce soit — vous avez entendu ceux qui vous ont précédés — les plus démunis qui aient à assumer ça et que ça se répartisse autrement. Alors, quels gestes devons-nous poser? Comment les poser? Et on a toujours tendance, vous le savez, c'est naturel aussi, loin de moi ce calice... Donc, si on faisait telle chose autrement que de faire ce que nous vous proposons, peut-être que ce serait une meilleure solution. Mais je pense qu'on se comprend bien, ça, il faut trouver une solution. Et laquelle sera-t-elle? Sera-t-elle suffisante pour permettre sinon un meilleur contrôle des coûts et de leur progression, au moins une utilisation la plus adéquate possible des médicaments qui sont inscrits sur la liste et toute autre action du même genre?

D'abord, une petite chose que je dois vous dire: Malheureusement, je vais devoir quitter un peu plus tôt, avant que vous ne terminiez votre présentation, et j'en suis désolée. Vous avez entendu les propos tout à l'heure, nous avons pris du retard au début. Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit, M. le député de Nelligan. Et malheureusement... mais mes collègues sont là et continueront avec vous.

Bon, une première réponse à un commentaire que vous fait dans vos interventions, dans votre papier, puis je reviendrai sur deux questions. Vous mentionnez — c'est à la page 8 de votre mémoire — que, même si le taux d'entrée au Québec des nouveaux médicaments est le plus élevé au Canada, vous dites, entre 1997 et 1999, septembre 1997 et août 1999, seulement 57 produits ont été inscrits et 15 autres sont sur la liste d'exceptions sur une possibilité de 116 nouveaux produits. Il faut vous dire que par comparaison — on fonctionne toujours par comparaison — avec l'Ontario, par exemple, il y a eu, pour la même période en Ontario, six nouvelles inscriptions à la section régulière et 22 à la liste d'exceptions. Donc, on est nettement en avant à cet égard-là et on a inscrit plus de médicaments que toutes les autres provinces au cours des cinq dernières années — je me réfère à mes données, parce qu'il y a plusieurs chiffres — et au Québec il y a presque

deux fois plus de médicaments inscrits à la section régulière, comparativement aux autres provinces au cours aussi des deux dernières années. Puis le délai moyen d'attente, qui est de 230 jours avant l'inscription, actuellement, est à 201 jours et on me dit que c'est le délai le plus rapide par rapport à toutes les autres provinces, le délai le plus rapide au Québec, juste pour qu'on se remette un petit peu dans le contexte.

Bon, une première question. Vous recommandez que des mesures soient prises afin de conserver le juste équilibre entre les objectifs du régime et la préservation d'une industrie pharmaceutique innovatrice. On est d'accord, c'est une perspective aussi. On peut différer sur l'ordre des moyens. Moi, ce que j'aimerais vous entendre dire ou présenter, à ce moment-ci, ce sont les mesures que vous préconiserez en synthèse et qu'on retrouve inscrites ici et là dans votre mémoire et comment en mesurer les impacts quant à leur application.

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

M. Roberge (Françoy): Si vous voulez parler peut-être du financement du régime...

Mme Marois: Oui.

M. Roberge (Françoy): ...nous, notre position, c'est que l'accès à une bonne médication est fondamental et que ça le sera encore plus avec une nouvelle génération de nouveaux médicaments biogénétiques notamment. Par ailleurs, on considère que le régime d'assurance médicaments est un régime d'assurance et qu'en tant que tel ses coûts doivent être assumés essentiellement par les primes. Maintenant, on ne voudrait surtout pas que des gens n'aient pas accès à une médication qui est essentielle et donc on n'aimerait pas tellement que les coûts directs de contribution en pharmacie, par exemple, soient augmentés, mais on pense que les contributions, la prime globale devrait être augmentée le plus légèrement possible. Mais, pour les gens qui n'ont pas les moyens de les payer, on croit bien sûr que des mesures doivent être prises pour les aider à défrayer le coût de cette prime. Et, même si je sais qu'il y a beaucoup de gens démunis dans notre société, je pense que ce n'est quand même pas la majorité des gens de notre société, il y a toute une classe moyenne...

Mme Marois: Heureusement d'ailleurs.

M. Roberge (Françoy): ...et puis il y a des gens qui sont un peu mieux nantis. Alors, je pense que, comme dans tous les programmes essentiels, en éducation aussi, accessibilité, oui, c'est ce qu'on souhaite, mais les arbitrages ne doivent pas nécessairement se faire à l'intérieur de chaque programme. Les gens qui sont sous le seuil de revenu minimum peuvent se voir confier ou attribuer certains avantages comme médication gratuite ou accès gratuit à certains services d'éducation, etc.

● (17 h 10) ●

Mme Marois: C'est dans cette perspective-là. Vous avez abordé évidemment la question de la collaboration du secteur privé et des différents partenariats qui pourraient s'établir et vous recommandez donc de favoriser cette collaboration lorsque le secteur privé dispose, par exemple, des technologies et des ressources et de l'expertise nécessaires. Il y a eu différentes propositions qui nous ont été faites à cet égard aussi, soit dans la politique d'éducation du médicament, d'évaluation même de son utilisation, de sa valeur thérapeutique, le suivi, bon, etc. Est-ce que vous avez des exemples par ailleurs en technologie, dans le privé, qui pourraient faire l'objet d'une collaboration avec le gouvernement? Vous le mentionnez. Et, par rapport à ce que vous connaissez, que vos collègues ont présenté, qui rejoignent un peu ce que vous nous dites aujourd'hui, quelle serait la meilleure façon d'avoir un arrimage optimal entre le privé et le public à cet égard?

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

Mme Marois: C'est assez large comme question, mais, comme on a entendu un certain nombre de groupes, à un moment donné on essaie de faire des synthèses pour ramasser ce qui est le plus important.

M. Roberge (Françoy): Alors, Mme la ministre, il y a peut-être deux aspects à la réponse que je voudrais vous donner, puis mes collègues, je pense, sont mieux placés que moi pour vous parler de certains aspects comme la gestion thérapeutique.

On a une recommandation qui est assez globale, parce qu'on pense qu'on fait allusion au rapport Arpin. Il y a un intérêt à conjuguer les forces du secteur privé et du secteur public quand on parle de technologies. On a des gens ici qui fabriquent des équipements et qui produisent des technologies. Tout ce qu'on souhaite et qu'on demande, c'est qu'ils soient associés au processus par lequel on rend les soins à la population. On mentionne aussi le fait que dans certains pays européens où la tradition est tout de même très humaniste et sociale-démocrate, il y a des hôpitaux privés et il y a peut-être plus de cliniques privées qu'ici. Ce qu'on veut, c'est qu'on ne néglige pas les forces et l'expertise pointue qui se retrouvent en partie dans le secteur privé. On sait aussi que le secteur de la santé au Québec est tout de même occupé à 35 % ou 37 % par le privé. On n'est pas en train de dire que ça n'existe pas, mais on n'a pas trop de ressources, on pourrait améliorer la jonction.

Maintenant, pour ce qui est des médicaments, je pense effectivement que la collaboration d'entreprises pharmaceutiques qui ont une expertise pointue est importante pour la gestion thérapeutique, le suivi thérapeutique. Peut-être que Marie-France ou Richard Garant ont des exemples un peu plus précis.

Mme Marois: D'accord. Merci.

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

M. Garant (Richard): Oui, si je peux me permettre. Ça existe déjà, entre autres dans la télémédecine, où on a combiné la pratique médicale avec la télécommunication, en fait. Dans le domaine pharmaceutique, ça peut prendre plusieurs formes. D'autres intervenants ont parlé du système d'information. Le rapport Arpin en parlait. Si on peut être en mesure de partager, d'échanger l'information qui permet de trouver quelles sont les meilleures recettes, les meilleures façons de faire, c'est à ce moment-là qu'on pourra tous mettre l'épaule à la roue. Il y a des exemples concrets au Québec, il y en a dans d'autres provinces. En fait, un des exemples que je connais le mieux est en Nouvelle-Écosse, actuellement, où, pour les maladies cardiovasculaires, il y a un programme qui vise à abaisser l'hospitalisation de 25 %. C'est un programme à l'échelle provinciale. 25 % de baisse en hospitalisations cardiovasculaires, on parle de plusieurs dizaines de millions, si on remet ça à l'échelle du Québec.

Nos prédécesseurs parlaient des pratiques de commercialisation et autres. Il y a commercialisation et aussi formation médicale continue où l'industrie est très présente. Ces façons de faire là, au lieu de remplacer ou de superposer une autre couche de gens qui vont rencontrer les médecins pour leur apporter de l'information, il pourrait peut-être y avoir moyen d'utiliser les ressources déjà en place et de conclure des ententes à cet effet-là pour justement s'assurer que tous les médecins aient accès, parce que l'information en médecine, ça ne manque pas. Mais toujours est-il qu'il faut y avoir vraiment accès, il faut avoir une capacité de l'assimiler et de l'adopter. Il y a beaucoup de choses qui peuvent être mises en place dans ce sens-là.

Mme Marois: D'accord. Alors, M. le Président, vous allez m'excuser, je m'excuse auprès de nos invités. Mes collègues vont continuer les débats et les échanges avec vous. Bonne chance!

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

M. Marcoux: Merci, M. le Président. Bienvenue, M. Roberge, M. Garant et Mme Deslauriers. Je voudrais peut-être préciser un point. À la page 10 de votre mémoire, vous parlez du déficit anticipé de 189 millions de dollars pour le régime d'assurance médicaments. Peut-être dire qu'on doit distinguer qu'il y a deux volets dans le régime d'assurance médicaments. Il y en a un qui couvre les prestataires d'assurance sociale, d'assistance emploi ainsi que les personnes âgées et l'autre, le Fonds d'assurance médicaments qui couvre le 1,5 million d'adhérents.

Pour ce qui est du premier volet, à venir jusqu'en 1996, le remboursement du coût des médicaments pour les deux clientèles en question était assumé totalement par le gouvernement. En 1996, à compter de juillet, pour les prestataires d'assurance sociale et les personnes âgées, on a, selon le revenu et selon les deux catégories, exigé des

franchises, des contributions ou des primes, dans le cas des personnes âgées où auparavant seulement quelques... enfin, une certaine partie des personnes âgées payaient 2 \$, jusqu'à 100 \$.

Or, je pense qu'on ne peut pas dire, dans le cas des personnes âgées et des prestataires d'assistance emploi, qu'il y a un déficit, là. Je comprends que le coût de remboursement est peut-être plus élevé que ce que le gouvernement peut avoir prévu dans son budget, et, en 1999-2000, dans son budget, le gouvernement avait prévu exactement le même montant de crédits que la dépense réelle en 1998-1999. Alors, il arrive à la fin puis il dit: Il y a un déficit. Je regrette, là, ce n'est pas un déficit, c'est un excédent par rapport aux crédits. Mais, si les crédits avaient prévu une augmentation normale, je pense que, pour cette partie-là, il n'y aurait pas d'excédents de coûts. Et je pense qu'on ne peut pas parler de déficit. Le déficit, on peut l'appliquer, si on veut, là, au Fonds même d'assurance médicaments. Je pense que je voudrais juste distinguer. Quand on dit: Il y a un déficit de 189 millions de dollars dans le régime, là, c'est de simplifier, en tout respect, la situation. Alors, vous pourrez commenter là-dessus, là, mais je pense que c'est important de faire une précision à cet égard-là.

Vous mentionnez, je pense, à la page 19, que l'actuelle révision du régime risque d'être déterminante quant à la compétitivité internationale du secteur pharmaceutique québécois sur l'échiquier mondial. Et vous ajoutez: «La propriété intellectuelle et l'accès au marché demeurent deux éléments cruciaux si l'on veut renforcer la croissance de notre industrie pharmaceutique.» D'une part, la propriété intellectuelle, si je comprends, elle est réglementée par le gouvernement fédéral avec la Loi sur les brevets. Et, quand vous parlez d'accès au marché, il reste qu'au Québec, le marché, il me semble, n'est pas très grand, je veux dire 7 millions, si on regarde le continent nord-américain. Alors, je me dis: Est-ce que vraiment c'est aussi important que ça, la règle du 15 ans, pour vous, selon ce que vous pensez?

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

M. Garant (Richard): Oui. En fait, juste pour vous donner un petit peu de perspective, la règle de 15 ans, elle s'appuie sur l'étude des questions de brevet à l'échelle internationale. Parce que le Québec, comme province, en fait, comme lieu pour faire des affaires, est en compétition avec d'autres pays, plus précisément avec d'autres villes où il y a des facilités de recherche, et les dollars investis vont être distribués dans différents centres.

Le brevet est fort important, donc est capital dans le secteur pharmaceutique. Les brevets sont de 20 ans au Canada. Depuis 1991, en fait, un brevet pharmaceutique est de 20 ans. On sait tous qu'il y a 10 ans qui s'écoulent en développement avant que le médicament soit en marché. Donc, à partir du moment où le médicament est en marché jusqu'à la fin de son brevet, en moyenne, au Canada, il y a une période de 10 ans qui s'écoule. Or, nos compétiteurs internationaux — c'est le cas aux États-Unis,

c'est le cas dans la communauté européenne — eux, accordent une extension supplémentaire de brevet, donc une pleine protection de brevet qui peut aller jusqu'à cinq ans, pour tenir compte de la durée du processus de développement et de répondre aux questions réglementaires, qui peut durer jusqu'à 10 ans dans certains cas.

Donc, pour être compétitif, en fait, la règle de 15 ans avait été établie au Québec dans ce contexte-là, pour essayer, sans avoir le contrôle plein des brevets, mais de se rapprocher le plus possible de ce que les autres villes internationales, entre autres les États-Unis et en Europe, peuvent offrir en termes de propriété intellectuelle. Et c'est une condition capitale, puisque les dollars investis en R & D peuvent tout aussi bien être acheminés à Montréal, mais ils peuvent l'être au New Jersey, ils peuvent l'être en Angleterre, ils peuvent être acheminés dans d'autres pays également, en France, et tous nos compétiteurs, nos compétiteurs majeurs, en fait, entendons-nous, offrent cette même protection et extension de brevet jusqu'à 15 ans.

● (17 h 20) ●

Donc, la règle de 15 ans s'inscrit dans ce contexte-là, elle vient, avec les mécanismes dont le Québec dispose, dont le gouvernement québécois dispose, nous rapprocher le plus possible sans être, par contre, une protection pleine et entière, puisque, tout le monde le sait, il y a un générique qui peut être en marché bien avant cette durée-là.

M. Marcoux: Maintenant, tantôt ceux qui vous ont précédés ont donné un exemple en disant: Écoutez, nous avions une firme à Montréal, qui est toujours là, BioChem Pharma, qui a cédé un brevet et maintenant c'est exploité à Toronto et non pas à Montréal. Comment on peut répondre à ça? Parce que ça semble, en tout cas, aller un peu à l'encontre de ce que vous mentionnez vraiment comme avantages comparatifs importants. Peut-être que je connais mal la situation, là.

Le Président (M. Labbé): Mme Deslauriers.

Mme Deslauriers (Marie-France): Je vais répondre, si vous permettez, étant donné que je travaille entre autres pour Glaxo Wellcome. Donc, c'est la firme qui est impliquée dans ce... C'est sûr que je ne suis pas dans le secret des dieux, je ne peux pas vous parler de toutes les ententes. Je pense que ce qu'il faut replacer dans le contexte, c'est effectivement BioChem qui a découvert le 3TC.

BioChem, c'est une biotechnologie, mais qui n'a pas la structure pour aller vendre ses médicaments. C'est une compagnie de recherche. Ils ont fait un partenariat avec Glaxo Wellcome qui, entre parenthèses, est en Ontario depuis la lune. Ils ne sont pas arrivés là tout d'un coup parce que le 3TC est arrivé, comme il a été dit tantôt. C'est une firme qui existe au Québec aussi, disons-le. C'est quand même une compagnie où il y a 200 emplois à Montréal, qui est très active, qui engage des gens comme moi, comme bien d'autres gens, qui ont d'excellents emplois donc. Et on avait un niveau d'expertise en

termes de promotion, pour cette molécule-là, que BioChem n'avait pas. Alors, on a fait vraiment un partenariat. On s'est dit: D'accord, on a une molécule pour BioChem et ici on a un niveau d'expertise qu'une compagnie a, et c'est comme ça que ça s'est fait.

Il n'y a rien qui a été déménagé, la maison mère est encore en Angleterre, elle est toujours là et tant mieux pour elle, parce que ça assure une santé économique, et merci pour moi aussi parce que j'ai un emploi. Mais il reste que c'est ce qui est arrivé avec BioChem et c'est ce qui va arriver sûrement avec... Il y a de plus en plus de compagnies de biotechnologie et ces compagnies-là ont un niveau d'expertise qui souvent est la recherche, mais elles n'ont pas nécessairement le niveau d'expertise pour aller faire la promotion de leurs produits. Peut-être que ça va arriver, peut-être qu'il y en a qui vont être capables de le faire et ça va être tant mieux. Mais je pense que, ça, ça a été une juste exploitation des ressources individuelles de chacune et le partenariat a fait l'affaire des deux parties, disons-le, ça n'a pas été fait de reculons, si je peux dire, par BioChem.

Le Président (M. Labbé): Oui, M. Garant, s'il vous plaît.

M. Garant (Richard): Je me permets d'ajouter un court commentaire. En fait, c'est une tendance qu'on va voir de plus en plus, étant donné qu'on s'en va vers la génétique, on parle beaucoup de biotechnologie, on parle beaucoup de petites entreprises, beaucoup d'universitaires qui vont créer des entreprises dans le domaine de la recherche. Une fois que le produit est découvert, maintenant il y a la question de le distribuer internationalement, puisque l'industrie du médicament est déjà globalisée, opère déjà sur une base internationale. Donc, l'alliance entre des petites firmes et des grosses est une chose qui va survenir dans le futur et les arrangements financiers permettent à ces firmes de recherche là de continuer à découvrir et de grossir.

En fait, BioChem Pharma est maintenant plus qu'une entreprise de recherche. Maintenant, ils sont entrés dans le domaine de la fabrication et commencent à distribuer des produits. Donc, c'est une phase dans l'évolution logique d'une petite firme pharmaceutique.

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

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Merci pour votre présentation. Juste en complément de mon collègue le député de Vaudreuil sur le BAP plus 15, que j'appelle «l'avantage québécois», là. Il n'a pas un marché exclusif avec ça. Mais, à la page 20 de votre mémoire, vous avez recommandé d'appuyer toutes les mesures législatives et réglementaires visant à maintenir et même à accroître la protection de la propriété intellectuelle.

Est-ce que, dans votre mémoire, vous proposez qu'on prolonge les brevets, qu'on doive aller plus loin que

l'avantage québécois? Je sais que nous sommes dans cette province, mais est-ce qu'il y a une recommandation plus forte dans votre mémoire?

Le Président (M. Labbé): M. Garant.

M. Garant (Richard): En fait, à cet effet-là, bon, il est évident que les brevets sont du ressort fédéral. J'aimerais juste reculer en arrière. Au cours des années 1990-1991, en fait, le gouvernement du Québec alors avait une position et avait fait des représentations au gouvernement fédéral canadien pour non seulement s'assurer que les produits pharmaceutiques aient un brevet complet, comme toutes les autres découvertes de 20 ans, mais la recommandation du gouvernement du Québec alors et des gouvernements depuis ce temps-là, à ma connaissance, était d'assurer vraiment une politique de brevets compétitive à l'échelle internationale, ce qui impliquerait donc que le gouvernement fédéral suive l'exemple des États-Unis entre autres et de la communauté européenne et assure une protection équivalente pour les produits canadiens à ceux des autres pays, en fait, étant globale.

M. Williams: Merci. Dans la présentation ce matin, nous avons appris qu'effectivement les prix canadiens sont beaucoup plus bas que le reste pour tout le monde. Dans un autre document, je vois que les prix canadiens en 1998, c'était 62 % de ceux des États-Unis et en 1987, c'était 73 % avec ça depuis le contrôle. Nous avons un contrôle de PRB. Dans votre mémoire, c'est assez clair, ce n'est pas le coût des médicaments qui augmente. La ministre pense souvent que, malgré ça, le coût de programme augmente. Je trouve que c'est une analyse simpliste, parce que ce n'est pas le coût d'un programme qu'on doit évaluer, on doit évaluer le coût sur le système. Dans votre mémoire, il y a un chiffre qui m'a frappé beaucoup. Vous avez dit qu'il y a le nombre d'ordonnances par participant qui a augmenté de 19,8 à 23,1 entre 1997 et 1999. Il me semble que ça nous dirige, encore une fois, sur l'utilisation rationnelle des médicaments comme une stratégie de contrôler les coûts ou utilisation optimale. Je sais que l'industrie a proposé un système comme ça en 1994. Je voudrais — malheureusement le gouvernement n'a pas adapté ça — vous entendre un peu plus sur l'utilisation rationnelle optimale, comment on peut assurer qu'il y a les meilleurs médicaments accessibles à tout le monde et aussi contrôler les coûts.

Le Président (M. Labbé): M. Garant.

M. Garant (Richard): Oui. C'est une question fort complexe à plusieurs volets que vous me posez là. Dans un premier temps, le concept d'utilisation optimale d'un médicament, en fait, c'est de s'assurer que le médicament soit acheminé au bon patient. Dans ce contexte-là, ce qu'on observe, en général, c'est deux situations: ou les médicaments sont sous-utilisés ou encore ils sont surutilisés. Quand on entend utilisation optimale, un des premiers volets, c'est de s'assurer qu'il n'y ait pas

de situation de surutilisation. Les médicaments ont une posologie bien précise qui doit être suivie. Il ne doit pas y avoir certaines combinaisons de médicaments qui comportent des dangers également, donc il y a, de ce côté-là, du travail à faire. De l'autre côté, il y a le phénomène de sous-utilisation des médicaments, d'autres y ont fait allusion, c'est le phénomène d'observance thérapeutique. Ça fait que, quand un patient arrive à la pharmacie pour remplir son ordonnance, bien, il a un choix à faire: Est-ce que je la fais remplir ou est-ce que je ne la fais pas remplir? Rappelons-nous que l'ordonnance est en général en bout de ligne, les diagnostics ont été faits, il y a eu un investissement de fait pour établir ce diagnostic-là, des tests ont été faits. Parfois, il y a même certaines chirurgies qui ont pris place auparavant, mais, par contre, au bout de la ligne, le patient a le choix final, donc: Est-ce que je dois remplir cette prescription-là ou non?

Ce qui arrive, c'est que malheureusement pour x raisons, entre autres mauvaise compréhension de leur pathologie ou d'autres facteurs multiples, les patients ne remplissent pas cette prescription-là. Donc, on a perdu tous les investissements qu'on a faits en diagnostic: visite médicale, tests et parfois même certaines thérapies qui ont été amorcées, chirurgies qui peuvent avoir été faites auparavant. Et évidemment on a tout perdu ça et, en plus, le médicament qui était essentiel n'est pas pris, donc on a un patient qui va retourner à l'hôpital, parce qu'il va vivre d'autres périodes de problèmes. Le rapport d'ailleurs du gouvernement, en décembre, en parlait beaucoup, et nous croyons, là, qu'il y a une piste sérieuse pour permettre finalement des économies importantes dans le système de santé non seulement dans le silo isolé du budget médicament, mais bien dans l'ensemble des coûts de santé.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, M. Garant.

Une voix: Question.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Labbé): Malheureusement, c'est terminé M. le député. Alors, je vous remercie, M. Garant, M. Roberge, Mme Deslauriers, pour votre présentation. C'était excellent, je vous souhaite un bon retour. Alors, compte tenu que notre ordre du jour est maintenant complété, nous ajournons sine die. Alors, à demain 15 h 30, à la salle Louis-Hippolyte-LaFontaine. Merci et bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 17 h 31)

