



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 16 mars 2000 — N° 34

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (7)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754

Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:

www.assnat.qc.ca

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 16 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Société de compensation en assurance médicaments du Québec	1
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	6
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec	13

Intervenants

M. Gilles Labbé, président suppléant
Mme Diane Barbeau, présidente suppléante

Mme Pauline Marois
M. Yvon Marcoux
M. Russell Williams
Mme Nicole Loiselle

- * M. Gilles Lemire, Société de compensation en assurance médicaments du Québec
- * M. Jacques Lemire, Association des CLSC et des CHSLD du Québec
- * Mme Andrée Gendron, idem
- * Mme Michèle Vigeoz, idem
- * Mme Diane Vallières, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
- * Mme Dolores Lepage-Savary, idem
- * M. Denis Drouin, idem
- * M. Alain Larouche, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 16 mars 2000

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

(Quinze heures quarante-trois minutes)

Le Président (M. Labbé): Sans plus tarder, on est prêt à débiter la commission comme telle. Alors, je réitère le mandat de la commission, qui est un mandat à l'effet de se réunir afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le rapport d'*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*.

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

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

Le Président (M. Labbé): Merci beaucoup, madame. Alors, nous aurons le plaisir cet après-midi d'entendre trois groupes, dont la Société de compensation en assurance médicaments du Québec — qui ont déjà pris place, je l'apprecie, je vous remercie beaucoup — ensuite l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et le dernier mais non le moindre la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Auditions

Alors, sans plus tarder, je présume que c'est M. Lemire qui va faire la présentation, je vais vous inviter, M. Lemire, à présenter les personnes qui sont avec vous cet après-midi. Vous avez 15 minutes pour à ce moment-ci présenter votre mémoire, et nous aurons par la suite l'équivalent de 15 minutes chacun pour réagir à votre mémoire. Alors, je vous cède la parole.

Société de compensation en assurance médicaments du Québec

M. Lemire (Gilles): Merci. Je vous remercie, dans le cadre de la commission parlementaire, de nous donner l'opportunité de vous présenter la Société de compensation en assurance médicaments du Québec, son rôle et son impact. Avant de commencer, je voudrais vous présenter, à ma droite, Mme Suzanne Caron, qui est vice-présidente de la Société de compensation, et, à ma gauche, Mme Claude Di Stasio, qui est secrétaire de la Société de compensation.

La Société de compensation en fait est une réponse à l'article 43 de la Loi sur l'assurance-médicaments. En fait, l'article 43 dit: «Tous les assureurs en assurance collective et tous les administrateurs d'un régime d'avantages sociaux qui offrent des garanties de paiement

du coût de services pharmaceutiques et de médicaments doivent mettre en commun les risques découlant de l'application du régime général qu'ils assument, selon les modalités convenues entre eux.

«Ces modalités doivent être communiquées au ministre par les représentants des assureurs et des administrateurs de régime d'avantages sociaux, par écrit, au plus tard le 1er novembre de chaque année. À défaut, elles sont déterminées par règlement du gouvernement, pour la période qu'il indique.»

C'est en réponse à cette obligation qu'est née la Société de compensation. En 1996, un groupe de travail a été formé. Ce groupe de travail devait au départ regarder, voir la faisabilité, la possibilité de faire la mutualisation des risques. Par la suite, un comité a été formé, et c'est à partir de ce comité-là qu'est née la Société de compensation. Ce premier comité regroupant six personnes, qui regroupait en fait quatre représentants des assureurs, un représentant des employeurs et un représentant des administrateurs de régimes d'avantages sociaux, a formé le premier conseil d'administration de la Société de compensation, qui a comme mandat d'assurer la révision des modalités et leur présentation annuelle au ministre, d'administrer les modalités de mutualisation.

En conformité avec la loi régissant les corporations sans but lucratif, toutes les activités de la Société sont soumises à l'approbation de ses membres lors de l'assemblée générale annuelle. Nous croyons que le bon fonctionnement de la mutualisation est tributaire de la solidarité entre membres de notre industrie et de la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de ses partenaires.

Si on regarde en fait l'objectif de la Loi de l'assurance-médicaments, ce qui est visé par la Loi de l'assurance-médicaments, entre autres, c'est de s'assurer que toutes les personnes qui, au départ, font partie et qui ont droit à l'assurance collective doivent aussi avoir droit au moins à l'assurance médicaments pour les médicaments couverts par la Régie de l'assurance maladie. En fait, ils doivent avoir cette couverture-là quels que soient leur âge, leur sexe ou encore leur état de santé. La couverture inclut aussi le conjoint et les enfants à charge.

Pour les régimes d'assurances collectives et les régimes d'avantages sociaux, il faut aussi obtenir l'assurance que, en fait, le niveau de prime demeurera accessible à tous les résidents du Québec sans égard au profil d'expérience du groupe auquel ils appartiennent. Pour pallier aux effets de cette inclusion obligatoire, le législateur a donc introduit l'obligation de mutualisation tout en laissant le soin à l'industrie des assurances d'en fixer les paramètres.

Au niveau du privé à ce moment-là, comme il n'y avait aucun organisme unique prévu, les représentants des

assureurs et des administrateurs d'avantages sociaux, au lendemain du projet de loi, ont créé un groupe de travail. Le comité ainsi créé a procédé à l'analyse de la faisabilité d'une mise en commun des risques, à l'identification des paramètres d'un mécanisme de mutualisation et à l'établissement d'un processus de compensation. De plus, en établissant le processus de compensation, le comité conjoint s'assure, à la demande de ses membres, de maintenir la structure administrative ainsi que les coûts d'opération au minimum.

Les premiers constats fondamentaux, il faut dire que les groupes de grande taille au départ ont déjà une capacité financière d'assumer des risques plus élevés. Ils ont aussi d'ailleurs accès à différents mécanismes de protection, comme, par exemple, des formules de mise en commun négociées avec leur assureur. Par contre, les groupes de plus petite taille demeurent vulnérables aux fluctuations des sinistres engendrés par des médicaments coûteux. En effet, ces groupes n'ont pas tous accès à des mécanismes de mise en commun négociés avec l'assureur.

Dans un régime où tous les citoyens ont l'obligation d'adhérer et où les risques doivent être assumés par plusieurs intervenants, il faut envisager la mise en commun des risques de façon à ce qu'aucun adhérent à l'assurance collective ne soit privé de couverture d'assurance médicaments à cause d'un niveau de prime devenu inabordable qui résulterait de la mauvaise expérience du groupe auquel il appartient.

Quant à l'impact sur la prime, la mise en commun ne vise pas l'élimination des augmentations de prime. Chaque année, les assureurs ajustent leurs taux de prime à la hausse, reflétant, entre autres, le facteur tendance et l'expérience de consommation du groupe. Le facteur tendance couvre un ensemble d'éléments dont les principaux sont l'inflation, l'introduction de nouveaux médicaments dispendieux sur le marché et l'augmentation de l'utilisation.

Il est à noter qu'un ajustement suite à une augmentation de consommation de médicaments ou autres bénéfices de santé n'affecte habituellement que l'année qui suit cette réclamation. Une expérience positive, d'un autre côté, peut même annuler l'effet de facteur tendance et occasionner le maintien du niveau de la prime.

Le principe de mutualisation retenu n'entraîne pas d'augmentation de prime pour les régimes privés. Il nivelle simplement l'effet des mauvais risques sur une population élargie, qui, selon des critères prédéterminés, participe à la mise en commun. Cette formule qui englobe la majorité des cas permet des cas d'exception.

Niveaux de mise en commun. Le principe de l'assurance collective consiste à répartir, parmi les adhérents, le risque que représente le groupe auquel ils appartiennent. Lorsque le preneur de contrat regroupe des particuliers exposés à des risques similaires, il parvient à niveler, au moyen de ses contributions et de celles des adhérents au groupe, l'ensemble des risques qu'ils représentent en un tout raisonnablement prévisible.

Lorsque le niveau de risque devient trop élevé ou trop imprévisible pour être assumé par un contrat, les

assureurs regroupent ces contrats en portefeuilles puis cèdent une partie à un réassureur, et ainsi de suite. En cascade, les individus, preneurs de contrat, assureurs, réassureurs, rétrocessionnaires, regroupent et nivellent, sur des ensembles de plus en plus grands, des risques imprévisibles. Cela permet d'en évaluer l'ordre de grandeur pour chacun des paliers et d'en faire la budgétisation.

● (15 h 50) ●

Comme la prévisibilité croît avec la taille du groupe ou du portefeuille, certains groupes peuvent s'autoassurer et faire face aux fluctuations de risque; d'autres font appel à des assureurs pour répartir les fluctuations de risques de nature imprévisible sur plusieurs années, ou même, pour les plus petits groupes, pour que leur expérience soit répartie avec les autres groupes de l'assureur.

Une mise en commun offrant une assistance là où elle est nécessaire reflète plus adéquatement la nature concurrentielle du marché. Une mutualisation uniforme de la clientèle ne reconnaîtrait pas les ententes existantes au sein des contrats et forcerait la mise en commun de tous les clients des différents assureurs.

L'arrivée du régime universel introduit un nouvel élément, soit le risque catastrophique de nature récurrente. En effet, le régime universel partage entre les clientèles publique et privée ce qui était autrefois l'apanage de la circulaire *malades sur pied*, soit les médicaments dispendieux reliés par exemple aux traitements du cancer ou de la fibrose kystique. Il s'agit là de risques non aléatoires et récurrents, donc prévisibles. La nature récurrente de ces nouveaux risques met en danger la capacité du marché à absorber les augmentations de taux reliées à de tels profils de réclamation.

Pour solutionner le problème lié à l'instabilité de l'expérience de ces groupes, un mécanisme de mise en commun visant les réclamations en excédent d'un seuil de mutualisation établi en fonction d'un niveau tolérable de grosses réclamations est envisagé. L'étendue de la mutualisation est alors fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime. La mutualisation doit également permettre le maintien de la notion de risque au sein du groupe permettant la conscientisation des adhérents aux coûts de santé. De plus, le succès de la mise en commun découle de l'implication de tous les assureurs et de tous les administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

Modalités de mutualisation. En fait, on peut parler de trois étapes. La première étape au niveau de la mutualisation: chacun des assureurs ou des groupes des régimes d'avantages sociaux non assurés doit établir en fait, en tenant compte d'un seuil de mutualisation et en tenant compte d'un facteur de mutualisation, la part du marché. Donc, il s'agit au départ, en établissant des groupes, on parle ici de groupes de moins de 10 certificats ou encore de groupes de 10 à 24 certificats, ou encore de 25 à 49 ou de 50 à 124 certificats... pour chacun de ces groupes-là il y a un facteur annuel de mutualisation et, quand on applique ça avec chacun des assurés ou des participants, à ce moment-là ça nous permet de trouver, pour l'ensemble de la population, quelle est la part de chacun.

Par la suite, lorsque l'année est terminée, il s'agit à ce moment-là de voir, en tenant compte du seuil de mutualisation, quels sont les réclamants qui ont des réclamations en excédent du seuil de mise en commun. Les réclamations en excédent sont transmises à la Société de compensation, qui, elle, fait l'analyse à savoir quelle est la répartition par rapport à chacun des assureurs, en fait à ce qu'il représente sur le marché.

Donc, lors de la compensation, chaque assureur ou administrateur d'avantages sociaux identifie les réclamations en excédent du seuil de chacun des paliers identifiés et le facteur annuel fixé pour les certificats individuels et familiaux des paliers correspondants. Ces données sont ensuite transmises au gestionnaire du processus de compensation pour fin de compilation. Comme les réclamations soumises par les membres ne se limitent pas aux médicaments inclus sur le formulaire de la RAMQ seulement, un ajustement aux données de réclamation est effectué par le gestionnaire du processus.

Lorsque le montant à contribuer au niveau d'un palier excède le montant des réclamations soumises, l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux sera débiteur de l'excédent envers le système de mutualisation. À l'inverse, si le montant à contribuer est inférieur aux réclamations, il aura droit à un crédit.

Lorsque le processus de compensation pour une année est terminée, il ne demeure aucune somme en dépôt. Les modalités de la mutualisation prévoient que le total des sommes réclamées en vertu du système de mutualisation doit être égal au total des sommes cotisées, aucun surplus ou déficit n'est possible.

Pour 1997, la mise en commun regroupait en fait 18 000 des 34 000 contrats admissibles. Le montant de mise en commun a représenté 6,3 millions de dollars. On doit tirer certaines conclusions. Pour les groupes de moins de 125 adhérents, il n'y a pas eu de réclamation de médicaments supérieure à 40 000 \$. La plus importante réclamation se situe dans la tranche des 39 000 \$. La deuxième plus importante réclamation se situe dans la tranche des 37 000 \$. Il n'y a eu que 16 réclamations de plus de 20 000 \$. Cet échange s'est fait entre 33 assureurs ou administrateurs.

1998, si on va aux conclusions, il y a eu 44 réclamations de plus de 20 000 \$, 37 réclamations se situent dans la tranche des 20 000 \$ à 29 000 \$, quatre réclamations dans la tranche des 30 000 \$ à 39 000 \$, deux réclamations dans la tranche des 40 000 \$ et une seule réclamation de médicaments supérieure à 50 000 \$.

Les faits saillants. Les modalités de mutualisation sont en place et sont acceptées par l'industrie. L'exercice de 1997 est complété, celui de 1998 tire à sa fin et celui de 1999 est en marche. Au cours de 1997, seuls trois cas de plaintes sont référés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit de mauvaise compréhension ou d'une fausse interprétation du processus, et les sociétés concernées corrigent rapidement la situation. Depuis, aucun cas n'a été soumis à la Société. Les exercices de compensation 1997 et 1998 démontrent la capacité de l'industrie privée à assumer ses obligations conformément à

l'article 43 de la loi. Les exercices de compensation 1997-1998 démontrent également la grande flexibilité du secteur privé, ce qui en fait un joueur complémentaire important. La mise en marché éventuelle des médicaments très coûteux peut s'avérer critique, et l'industrie s'est ajusté rapidement afin de faire face à cette nouvelle réalité, les modalités de mutualisation ont été révisées pour les exercices 1999 et 2000.

Considérant le temps, si on passe au bilan comme tel, pour être sûr de ne pas manquer de temps, donc en 1997, seuls 2,2 % des certificats mutualisables ont présenté des réclamations en excédent des seuils de mise en commun. Cela représente environ 0,3 % du nombre total des certificats en vigueur au Québec. On observe sensiblement les mêmes résultats en 1998. En effet, environ 3,2 % des certificats mutualisables ont présenté des réclamations en excédant des seuils de mise en commun, soit 0,2 % du nombre total des certificats en vigueur.

De plus, selon un autre sondage effectué conjointement avec le Regroupement des assureurs à charte québécoise, le volume de réclamations versé pour les médicaments seulement s'élève à 566 millions pour 1997 et 608 millions en 1998. Le volume des réclamations mutualisées pour ces périodes est de 6,3 millions et 10 millions respectivement, représentant 1,1 % et 1,6 % des réclamations totales.

Les principales caractéristiques des modalités soumises et en vigueur à l'heure actuelle sont les suivantes: tous les groupes de moins de 125 certificats sont protégés par une formule appliquée uniformément dans l'industrie; cette formule permet de mettre en commun l'ensemble du coût des médicaments excédant un seuil par certificat pour protéger l'expérience du groupe contre une variation trop prononcée des primes; les médicaments visés sont ceux soumis et réglés pendant l'année en autant qu'ils sont admissibles selon la définition des contrats de chaque assureur qui couvre ceux prévus au régime général et parfois davantage.

Le Président (M. Labbé): Malheureusement, M. Lemire, c'est terminé. Alors, je vous remercie de la présentation. De toute façon, on va pouvoir approfondir par les questions. Alors, sans plus tarder je cède maintenant la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je vous remercie de votre présentation. Effectivement, c'est évidemment un peu complexe, parce que c'est toute l'explication très technique finalement du principe de la mutualisation et de l'effet que cela a donné dans le cas présent. J'irais vers des questions assez précises sur ce que vous avez vécu comme expérience et ce qui pourrait nous inspirer. Vous savez, on n'est pas sensé en parler, mais on a présenté des pistes de solutions, n'est-ce pas, des pistes de corrections du régime et on aborde cette question de la mutualisation.

Vous dites d'ailleurs à la page 4 de votre mémoire «Le principe de mutualisation retenu n'entraîne pas

d'augmentation de prime pour les régimes privés — vous nous l'avez dit. Il n'y a simplement l'effet de mauvais risques sur une population élargie», etc.

● (16 heures) ●

Et, dans notre document, on propose la possibilité d'avoir une mutualisation entre le public et le privé. Est-ce que vous croyez qu'on pourrait le faire par le même mécanisme que vous avez déjà, à savoir dégager les plus mauvais risques, dans un sens, et voir à ce qu'il y ait une caisse commune, finalement, de mutualisation?

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

M. Lemire (Gilles): Merci. En fait, j'aimerais être capable de vous répondre aussi franchement que oui ou non. Malheureusement, le mandat de la Société de compensation est de mutualiser les risques reliés au secteur privé. Évidemment, si la population ou les assurés du secteur privé devaient changer, à ce moment-là, la Société devrait s'ajuster.

Mme Marois: Dans le fond, vous êtes l'agent technique qui assure la mutualisation et son opérationnalisation, tout compte fait. Donc, si nous décidons, comme personnes en autorité, de modifier les règles et de demander cela, vous, vous dites: Bien, nous, on livrera à ce moment-là la commande, comme on dit en bon québécois. Est-ce que c'est comme ça que je dois comprendre votre réponse?

M. Lemire (Gilles): On fait référence, à ce moment-là, à la commande du privé. Donc, si, effectivement, la population du privé devait changer, la Société de compensation devra s'ajuster en conséquence.

Mme Marois: C'est ça. Est-ce que vous croyez que les mécanismes de mutualisation des risques que vous venez de nous décrire ont aidé au maintien ou à la création de régimes pour les petits groupes?

M. Lemire (Gilles): À notre connaissance, il n'y a pas eu de petits groupes qui ont terminé suite à l'assurance médicaments. Donc, à ce moment-là, on peut dire que l'effet de la mutualisation a certainement au moins permis, en nivelant le niveau des primes, en évitant à ce moment-là que des primes puissent devenir excessives pour des groupes en particulier, donc qui ont des risques plus élevés. À ce moment-là, ça a sûrement eu un effet positif, oui.

Mme Marois: Parce que nous évidemment, compte tenu du nombre très important d'adhérents au régime actuellement — et qui a été plus important que ce qu'on avait initialement prévu — la tendance nous laisserait croire qu'il y a eu quand même un transfert. Maintenant, on ne l'a pas analysé dans le fin détail. Est-ce que ce sont des petits groupes qui, parce que leur contrat de travail, par exemple, terminait et qu'il y avait des ententes avec

leur employeur qui devaient être renouvelées, ont changé leur comportement? Mais, vous, vous nous dites que le nombre de contrats est resté le même?

M. Lemire (Gilles): À notre connaissance, il n'y a pas eu de diminution de contrats comme telle.

Mme Marois: Je l'ai constaté à travers les chiffres. Mais, nous, il faut essayer d'expliquer cette différence aussi là, qu'on a, et qui est importante, finalement.

(Consultation)

Le Président (M. Labbé): Alors, peut-être, si Mme Di Stasio veut compléter, il n'y a pas de problème.

M. Lemire (Gilles): La plupart des gens qui sont allés au régime d'assurance médicaments, ce sont les travailleurs autonomes, des groupes de un ou de deux, et, à ce moment-là, ces groupes-là ne sont pas couverts par des régimes d'assurance. Donc, en soi, il n'y a pas eu de...

Mme Marois: Oui, c'est ça. Non, il y a des entreprises qui n'en ont pas, là. La petite entreprise, entre autres, n'en a pas nécessairement. Attendez un petit peu, j'avais une autre question... Ah oui! C'est sur la question du contrôle. Est-ce que, à votre connaissance, les assureurs exercent des contrôles de consommation auprès de leurs clientèles qui sont assurées? Est-ce que, à votre connaissance, les assureurs exercent une sorte de contrôle, dans le fond, sur la consommation, à savoir questionnent s'il y a une consommation qui semble importante, etc., comme n'importe lequel assureur privé le fait généralement? On sait fort bien que, par exemple, les assureurs qui assurent les soins dentaires, s'il y a des opérations ou des interventions assez spécialisées, vont poser des questions et il va falloir avoir l'autorisation, avant de pouvoir procéder, pour que ce soit couvert par la suite. Est-ce que, dans ce sens-là, il y a des gestes semblables qui sont posés de la part des assureurs à l'égard de l'utilisation du médicament, étant entendu que vous ne couvrez pas seulement la liste, vous pouvez couvrir d'autres types de médicaments évidemment?

M. Lemire (Gilles): En fait, la question s'adresserait peut-être plus à d'autres que nous autres, malheureusement, nous autres s'occupant plus particulièrement de la mutualisation des risques. À ce moment-là, ce n'est pas nécessairement notre domaine. Donc, il faudrait peut-être adresser la question...

Mme Marois: Ce sont ceux qui vous donnent le mandat qui pourraient nous répondre.

M. Lemire (Gilles): Effectivement, oui.

Mme Marois: Ça va, merci.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Est-ce que, selon vous... Vous indiquez: Le système est en place et, pour les compagnies d'assurances, il n'y a pas, enfin, d'ajustements ou d'améliorations qui seraient souhaitables pour ce qui touche la mutualisation. Tout fonctionne correctement et il n'y aurait pas, selon vous, des améliorations ou des changements qui pourraient être souhaitables dans le régime actuel.

M. Lemire (Gilles): En fait, à chaque année, après l'exercice de mutualisation, le conseil d'administration, et aussi à l'assemblée générale annuelle, nous sommes sensibilisés, en fait, au développement de la mutualisation et, si différents éléments doivent être ajustés, à ce moment-là, les ajustements sont faits. Par exemple, pour l'exercice de 1999, on parle maintenant de mutualisation des réclamations supérieures à 50 000 \$ pour les groupes qui ont 125 adhérents et plus, ce qui n'existait pas antérieurement. Et, en fait, pour l'exercice 2000, nous avons aussi révisé les seuils de mutualisation et les facteurs de mutualisation. Donc, évidemment c'est un processus continu qui fait en sorte qu'à chaque année la Société de compensation, en fait, révisé ses différents mécanismes pour les ajuster en fonction des besoins des gens qui nous donnent notre mandat.

M. Marcoux: Simplement pour ma propre information et pour comprendre, vous parlez, à la page 8, des médicaments. Vous dites: Les réclamations soumises ne se limitent pas aux médicaments qui sont inclus sur la formule RAMQ. Donc, un ajustement aux données de réclamations est effectué pour le gestionnaire du processus. Donc, ça fait partie de l'ajustement annuel, ça? Comment ça fonctionne, quand vous dites: Un ajustement aux données de réclamations est effectué par le gestionnaire du processus? Simplement pour comprendre un petit peu, là, la mécanique de ça, parce que, pour quelqu'un qui n'est pas familier, c'est...

Mme Marois: Même quand on l'est.

M. Marcoux: Pardon?

Mme Marois: Je dis: Même quand on l'est.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): Aidez-nous, M. Lemire, s'il vous plaît.

M. Lemire (Gilles): D'accord, j'espère. Effectivement, donc tous les médicaments qui sont couverts par les assureurs, évidemment ça couvre au minimum la liste de la Régie de l'assurance maladie. Les assureurs peuvent

couvrir d'autres médicaments de plus. C'est à leur choix. C'est en fonction des groupes comme tels.

À partir de ça, quand on parle d'ajustement, tout simplement, c'est qu'on présume qu'à ce moment-là, pour éviter de passer groupe par groupe et savoir — parce que chacun peut avoir ses différentes modalités au niveau franchise puis au niveau coassurance — tous les groupes ont zéro de franchise et 20 % à 80 % de coassurance. Donc, quand on parle d'ajustement, on part de cette présomption-là. Donc, c'est à cet ajustement-là qu'on faisait référence ici en disant: On applique zéro franchise et 80 % coassurance, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour chacun des groupes. Peut-être que certains groupes peuvent avoir zéro, 80 %, tandis que d'autres peuvent avoir autre chose. Mais c'est fait pour tout le monde, considérant le fait que, à ce moment-là, ça couvre plus... au moins les médicaments couverts par la Régie de l'assurance maladie, au plus.

M. Marcoux: Et, s'il y avait des modifications, par exemple, au régime, aux primes qui augmentent ou... etc., est-ce que ça se trouve à avoir un impact sur la mutualisation ou si ça n'a aucun impact pour ce que vous faites, vous, au niveau de la mutualisation?

M. Lemire (Gilles): Non, absolument pas, en fait. Et d'ailleurs les facteurs de mutualisation comme tels n'ont pas d'impact sur la prime comme telle. Donc, le seul impact qu'on pourrait dire, ça pourrait avoir, ça sert à niveler les primes. Ça évite que des groupes aient une prime excessive. Donc, ça permet, à ce moment-là, de niveler, mais ça n'a pas d'impact comme tel. Un changement de prime n'a pas d'impact sur la mutualisation.

M. Marcoux: Vous indiquez, dans votre mémoire, à la page 11, je pense, que, bon, au point de départ, il y a eu certains cas de plaintes référées par le ministère. Est-ce que c'était tout simplement des problèmes plutôt de mécanique ou si c'était des ajustements à faire qui étaient un peu importants ou...

• (16 h 10) •

M. Lemire (Gilles): En fait, comme on le disait, il s'agit... En fait, souvent, c'étaient des problèmes de compréhension ou encore de mauvaise interprétation du processus souvent reliés au renouvellement des contrats. C'est un processus qui était nouveau et évidemment, à ce moment-là, comme on a pu voir, c'est quand même relativement complexe et certaines personnes ont eu de la difficulté... il y a eu mauvaise interprétation du processus. Et ces plaintes-là ont été réglées et il n'y a plus eu de plaintes par la suite.

Le Président (M. Labbé): Ça va? Alors, merci, M. Lemire pour cette présentation. Mme Caron ainsi que Mme Di Stasio, on vous remercie et on vous souhaite un bon retour. Et j'inviterais sans plus tarder le groupe l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, s'il vous plaît, à bien vouloir prendre place.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Labbé): Alors, sans plus tarder, nous sommes prêts à débiter. Alors, nous avons eu le plaisir d'avoir M. Gilles Lemire, maintenant, je ne sais pas si c'est son frère, M. Jacques Lemire, qui est avec nous. Alors, je vais vous inviter, M. Lemire, à présenter les personnes qui vous accompagnent. Vous avez 15 minutes pour présenter votre mémoire, et nous avons, de chaque côté, 15 minutes pour réagir à votre présentation. Alors, bonne lecture et bonne présentation.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

M. Lemire (Jacques): Alors, je vous remercie beaucoup, au point de départ, de nous donner l'occasion de présenter notre réflexion, notre point de vue sur le régime général d'assurance médicaments et de vous présenter bien sûr, à ma droite, la directrice générale de l'Association des CLSC et des CHSLD, Mme Andrée Gendron, et à ma gauche, Mme Michèle Vigeoz, qui est la responsable de ce dossier à l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Notre association regroupe plus de 200 établissements du réseau public des services de santé et des services sociaux. Certains de nos établissements exercent une mission de CLSC, d'autres, une mission de CHSLD et d'autres, une mission de centre de santé, et enfin d'autres, une mission mixte à la fois de CLSC et de CHSLD.

D'entrée de jeu, ce que nous voulons vous dire, c'est que l'implantation du régime général d'assurance médicaments s'est faite dans un contexte, vous vous en rappelez, qui était marqué de trois choses: de très grandes pressions pour réduire le coût du système de santé, une très forte hausse des coûts du programme de remboursement des médicaments pour les clientèles éligibles à ce moment-là. Il était marqué aussi par une couverture très incomplète des besoins d'assurance médicaments dans la population québécoise, certaines personnes n'ayant aucune base d'assurance médicaments. Et il était marqué, troisièmement, par une transformation en profondeur des façons de soigner et des façons de rendre des services à la population. Ce contexte, je crois, a conditionné la structure et les caractéristiques du régime général d'assurance médicaments. On se souvient que le régime a été adopté rapidement, qu'il introduisait des changements perçus comme positifs pour certains, mais que d'autres, parmi les groupes qui bénéficiaient auparavant de la gratuité quasi totale ou totale de leurs médicaments, l'ont vécu comme un recul. L'urgence de sa mise en oeuvre autant que sa nouveauté ont aussi probablement conduit à des choix de paramètres financiers sous-évalués. Une réévaluation nous apparaît donc, à ce moment-ci, nécessaire.

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec partage l'appréciation globale positive que fait le ministère de la Santé et des Services sociaux du régime. Elle considère qu'il représente un acquis pour la collectivité

québécoise. Par ailleurs, nous sommes inquiets de constater que la croissance des coûts et les problèmes de financement auxquels le régime est confronté puissent le mettre en péril. Nous appuyons sans réserve deux des principes de base sur lesquels il repose: l'universalité et le caractère contributif. Mais nous exprimons des réserves sur la présence de deux systèmes en parallèle: un système privé et un système public. Nous favorisons, au point de départ, une révision prudente du régime mettant essentiellement l'accent sur les mesures structurantes, dont une meilleure organisation des services visant à contrôler les coûts et à optimiser l'utilisation des thérapies médicamenteuses. Nous favorisons aussi une gestion financière associant revenus et coûts pour toutes les clientèles.

Enfin, nous souhaitons attirer votre attention sur la nécessité d'une harmonisation du cadre législatif touchant aux médicaments afin de corriger les iniquités dans le système de santé, selon les dispensateurs de soins et de services. Nous souhaitons insister sur le fait que le régime est un élément du système de santé, qu'il doit être considéré en lien avec les autres composantes du système. Bien sûr, il est très important ou extrêmement important d'en faire l'analyse intrinsèque, mais il est tout aussi important de le considérer comme la partie d'un tout susceptible donc d'influencer et d'être fortement influencé par les autres éléments. En ce sens, notre système de santé et de services sociaux a été confronté dans les dernières années à des changements majeurs. Il est loin d'avoir fini ses ajustements structurels, il n'a pas encore retrouvé un équilibre de base.

La réforme qui avait été entreprise, visant l'orientation du système vers des objectifs de santé, l'organisation dans la communauté d'un premier niveau de soins et de services adéquats structurés, la baisse du recours aux ressources plus lourdes et plus coûteuses et plus largement du niveau d'institutionnalisation est aussi, selon nous, bien loin d'être achevée et commande encore des efforts majeurs. Or, si on considère le régime général d'assurance médicaments dans ses liens avec les autres composantes du système, on constate que ces dernières sont en mouvance et qu'il n'y a pas encore eu d'évaluation aussi structurée en ce qui les concerne. Parlons d'abord des mesures structurantes. Nous pensons qu'il faut miser d'abord et très vigoureusement sur des mesures structurantes à l'intérieur du régime général d'assurance médicaments comme dans l'organisation du réseau des soins et des services. Nous pensons que ces mesures devraient avoir des effets sur la consommation judicieuse et sur le coût des médicaments, effets dont il faudra évaluer l'impact avant de modifier le régime en profondeur. Et notre espoir, c'est, s'il y a encore lieu de le faire. Les mesures structurantes dont nous voulons vous parler portent sur l'offre de médicaments, l'action des prescripteurs, l'action du consommateur et l'organisation des services.

Commençons par l'offre des médicaments. Tout d'abord, nous sommes d'avis que la mesure du prix le plus bas pour un même médicament doit être implantée dans les plus brefs délais. Il est inacceptable, considérant les

besoins de financement de l'ensemble du système de santé, de constater que le Québec a le taux annuel de croissance des dépenses per capita en produits pharmaceutiques le plus élevé des provinces canadiennes et de l'ensemble des pays industrialisés. Les mesures pour favoriser, s'il y a lieu, l'essor de l'industrie pharmaceutique au Québec doit se distinguer clairement des politiques adoptées dans le secteur de la santé pour rembourser le coût des médicaments. Cette distinction permettra aussi de contrôler les coûts de la santé sans qu'il y ait d'interférence, comme c'est le cas actuellement avec ceux de l'économie et de l'emploi. Nous pensons aussi que le prix de référence qui définit le prix de remboursement à partir d'un médicament le plus efficace pour une indication thérapeutique donnée doit être adopté. Que ce soit pour le prix le plus bas pour un même médicament ou pour le prix de référence, il nous paraît essentiel que la primauté du jugement médical soit assurée.

Nous pensons pertinent dans ce sens de lier et d'intégrer les mandats du Comité consultatif de pharmacologie et du Comité de revue d'utilisation des médicaments. Une telle mesure ouvrirait la voie à une révision des critères de décision pour l'inscription des médicaments allant dans le sens proposé, soit en y incluant des critères de rapport coût-efficacité en regard de la santé des personnes et du système de santé. C'est une piste qui nous paraît prometteuse. Toutefois, ces critères de décision et de coût-efficacité doivent faire l'objet de travaux complémentaires visant à les expliciter et à les illustrer. Ce type de choix nous paraît appeler l'élaboration de consensus sociaux préalables au fait de confier un mandat à un organisme comme le Conseil consultatif de pharmacologie élargie.

• (16 h 20) •

Le deuxième type d'action structurante, c'est l'action vis-à-vis des prescripteurs. L'achat et la consommation de médicaments inscrits sur la liste et sujets à remboursement sont d'abord liés aux prescriptions faites par les médecins. Or, les deux études réalisées par le Comité de revue d'utilisation des médicaments montrent qu'il y a des écarts importants entre le traitement optimal et le traitement observé. Les effets indésirables d'une telle pratique sont déjà largement documentés. À cet égard, il nous apparaît que les pratiques professionnelles doivent être revues plus finement afin d'arriver à une utilisation plus efficiente des pharmaciens dans tout le mécanisme de l'octroi des médicaments. Le Collège des médecins exerce une grande vigilance pour que les médecins disposent toujours de la liberté professionnelle requise par leurs conditions d'exercice pour assurer le meilleur service à leurs patients. Nous pensons que cette même vigilance doit s'appliquer aux stratégies commerciales des entreprises pharmaceutiques utilisées par les médecins.

Le troisième point, c'est l'action du consommateur. À cet égard, nous avons constaté un écart important entre la prescription de traitement optimal et la prescription observée et qu'il s'ajoute de la part du patient l'écart entre la prescription donnée par le médecin et la consommation effective du médicament. C'est pourquoi un travail doit

être fait auprès des consommateurs pour une utilisation optimale de la médication. Les facteurs de risques associés à une mauvaise observance de la médication essentielle chez les utilisateurs sont de plus en plus connus. Les CLSC et les CHSLD ainsi que les centres de santé ont un rôle très important à jouer auprès des différentes clientèles en matière de programmes d'observance thérapeutique.

Au regard de l'organisation des services, plusieurs facteurs ont une influence significative sur la consommation optimale de médicaments. Le réseau de la santé et des services sociaux fait face à de nouvelles réalités: le vieillissement de la population, le virage ambulatoire et un manque de médecins en général. Il faut ajouter à cela une organisation des services médicaux qui ne favorise pas une utilisation optimale de la médication. Les solutions structurantes, à notre point de vue, passent par des médecins qui ne travaillent plus seuls, mais en lien avec des équipes multidisciplinaires dans le contexte d'une médecine familiale, un modèle de rémunération des médecins adapté à ces nouvelles réalités, une structure formelle favorisant la collaboration entre les médecins et des pharmaciens et un système d'information clinique permettant l'échange d'information et, partant, un meilleur suivi.

Au regard du financement maintenant. On l'a dit d'entrée de jeu: Nous sommes inquiets des difficultés de financement du régime. Nous sommes conscients que les mesures structurantes que nous proposons n'auront pas toutes un impact à court terme, mais qu'il s'agit de les implanter maintenant pour avoir des effets à moyen terme. À court terme, nous croyons que la situation financière du régime commande un réajustement du financement. Le gouvernement doit choisir la formule qui rendra le financement du régime le plus clair et le plus transparent possible, afin de bien en suivre l'évolution et de pouvoir faire les liens qui s'imposent avec l'évolution des autres composantes du système de santé. À cet égard, il nous apparaît que le Fonds d'assurance médicaments doit comprendre à la fois l'ensemble des revenus et l'ensemble des dépenses pour toutes les clientèles assurées. Nous sommes d'avis que le principe de la contribution financière de tous et que la structure de contribution — prime, franchise, coassurance — doivent être maintenus, que le fardeau des plus démunis doit être allégé en introduisant une progressivité plus importante dans la contribution demandée. Nous croyons, en ce sens, qu'il serait prématuré que les besoins de financement prévisibles pour les années à venir fassent l'objet d'une mesure d'augmentation statutaire automatique inscrite dans la loi.

Parmi les scénarios proposés, nous en favorisons un qui conserve le niveau de protection actuelle, introduit peu de changements dans les modalités de fonctionnement existantes, minimise les augmentations de primes sans pénaliser les personnes qui ont besoin de beaucoup de médicaments. À cet égard, nous croyons qu'une combinaison des scénarios 1 et 4 pourrait être intéressante.

Le Président (M. Labbé): J'élargis l'élastique un petit peu, mais il va falloir arriver à la conclusion.

M. Lemire (Jacques): D'accord. Alors, le régime actuel, partagé entre le privé et le public, présente des anomalies. Le régime privé regroupe les utilisateurs qui peuvent payer une pleine contribution mais qui consomment le moins, alors que le régime public regroupe les utilisateurs les plus démunis, ceux qui peuvent payer le moins mais qui sont les plus gros consommateurs. Et les personnes inscrites au régime privé contribuent également par leurs impôts au régime public.

On ne voudrait pas conclure avant d'attirer votre attention sur deux choses, et je termine par là. La première chose, c'est que le régime général n'a pas éliminé les différences qui existent pour la couverture des médicaments selon que la personne est traitée en CH, en CLSC, en centre de santé, en cabinet, en CHSLD pour un même épisode de soins. Le cadre législatif, on l'a dit au départ, doit donc suivre la transformation et être adapté en conséquence. Et la deuxième remarque, c'est que les personnes hébergées, quelles qu'elles soient, qu'elles se retrouvent en CHSLD, en ressources intermédiaires, en pavillon, compte tenu qu'il s'agit de milieux de vie, elles devraient avoir accès à l'assurance médicaments au même titre que les autres citoyens à domicile. Ce qui n'empêcherait pas les CHSLD de continuer à remplir leur rôle de vérificateur et de gestion des médicaments.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. Lemire, je vous remercie beaucoup de votre collaboration. Alors, sans plus tarder, je vais demander à Mme la ministre de bien vouloir poursuivre, s'il vous plaît.

Mme Marois: Alors, merci, M. le Président. Je vous remercie de votre présentation. C'est un bon mémoire, c'est intéressant, ça explore différentes avenues. Et vous ouvrez la possibilité, et c'est le premier mémoire, je pense, qui le fait — évidemment c'est probablement pertinent que ce soit vous qui le fassiez aussi, compte tenu des responsabilités que vous assumez — d'une contribution, d'une participation des personnes hébergées, au régime. Vous n'avez pas eu le temps de l'aborder beaucoup, mais...

M. Lemire (Jacques): Oui, effectivement, mais disons...

Mme Marois: Oui. Alors, moi, j'aimerais ça un peu vous entendre sur cette question-là. Bon, on s'entend au départ qu'évidemment l'instauration du Régime d'assurance médicaments, ça n'a pas modifié l'obligation pour les institutions de fournir gratuitement les médicaments aux personnes âgées, et ce, pendant toute leur durée de séjour, ça va de soi. Et vous faites référence au fait que les formules d'hébergement sont très diversifiées, puis là il y a des problèmes d'équité, et vous suggérez donc qu'on fasse contribuer ou qu'on fasse participer les personnes hébergées aussi au Régime d'assurance médicaments.

J'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu comment ça pourrait fonctionner, parce que vous dites que c'est déjà compliqué au plan administratif, et vous pensez

que vous pourriez le gérer autrement, de façon à ce que ça le serait peut-être moins. Alors, expliquez-moi ça un peu.

M. Lemire (Jacques): Disons au point de départ que ce qui regarde le plan administratif ne serait pas modifié. Ce que nous aurions à faire, dans les CHSLD, ce serait de continuer ce que nous faisons maintenant, c'est-à-dire d'acquérir les médicaments, de les distribuer, de s'assurer que les personnes les prennent et de s'assurer que le processus complet est fait. Cependant, notre approche est que, autant un CHSLD qu'un pavillon ou qu'un autre établissement qui serait une...

Mme Marois: Un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire.

• (16 h 30) •

M. Lemire (Jacques): ...résidence privée puis un foyer de groupe, c'est un milieu de vie pour une personne. C'est un citoyen qui continue, à notre point de vue, à être un citoyen à part entière, même si ses conditions de vie sont telles qu'il ne peut plus vivre en dehors d'un centre d'hébergement ou de soins de longue durée. Et dans ce sens-là, en toute équité, nous, on se dit que cette personne-là pourrait être inscrite de la même façon que les autres à l'assurance médicaments et profiter aussi du même étalement des primes selon son état financier. Andrée, est-ce que tu peux continuer?

Le Président (M. Labbé): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Écoutez, c'est parce que ce qu'il faut voir aussi, c'est qu'actuellement on offre à ces personnes des milieux substitués qui sont des milieux de vie, mais, par contre, qui ont encore un fonctionnement sur la Loi sur l'assurance-hospitalisation qui est plus une approche institutionnalisante. Et, vous savez, le mode de financement de ces établissements-là, c'est un mode de financement avec des enveloppes globales fermées, et ce qu'on trouve actuellement, c'est que les personnes qui y sont ont une accessibilité limitée à la capacité de payer ou du financement de l'établissement. Donc, l'utilisation du médicament se confronte à des heures-soins ou se confronte à d'autres facteurs.

Alors, ceci étant dit, ce qu'on voit, c'est que la personne qui est à domicile, qui peut avoir accès à une assurance privée, va avoir accès à un médicament en fonction de son état de santé, alors qu'on trouve que c'est un peu discriminant que, quand l'État se substitue et offre un milieu d'hébergement sécuritaire, bien la personne, son accessibilité aux médicaments est fluctuante, un peu, du budget alloué à l'établissement. Et c'est plus dans ce sens-là.

Mme Marois: Ah oui, c'est ça. Et, dans un sens, vous n'avez pas tort non plus, à savoir que, quand on est dans un pavillon ou qu'on est dans une famille d'accueil ou un autre type de ressource intermédiaire, la personne doit adhérer finalement à un régime. Alors, en ce sens-là, c'est parce qu'il y a une cohérence en termes d'équité.

— Par ailleurs, comme la contribution demandée — c'est là que moi j'ai un petit peu de difficulté, là — aux gens hébergés est quand même très élevée, parce que ceux qui ont tout simplement leur allocation là, elle est quasi toute versée à l'exception d'une petite somme qui reste aux personnes, évidemment, par contre, elles ne contribueraient pas à ce moment-là, ces personnes-là, d'aucune façon parce qu'elles sont déjà au SRG maximum. On pourrait les en exempter. Mais ça reste quand même une... Oui, Andrée.

Le Président (M. Labbé): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. C'est-à-dire que, Mme Marois, c'est que ça situe le problème là où il est, c'est-à-dire que l'accessibilité aux médicaments va être aussi en fonction des revenus de la personne. Et les revenus de la personne, l'État s'occupe des plus démunis, alors que là l'accès aux médicaments est dépendant d'un budget global d'un établissement où la personne, malheureusement, son état d'autonomie l'oblige à aller là au lieu de rester chez elle. Vous comprenez? Ça ne veut pas dire que, en soi, ça va être moins cher...

Mme Marois: Non, non, au contraire.

Mme Gendron (Andrée): ...mais, en soi, ça replace les choses aux bonnes places.

Mme Marois: Oui, oui, mais ça traite équitablement les personnes qui sont dans des conditions comparables et ne vivent pas nécessairement un événement spécial comme, par exemple, de se retrouver à l'hôpital pour une chirurgie ou pour une intervention un peu plus importante. Tandis que là c'est une condition de vie générale, on se comprend bien, la personne ne peut pas rester chez elle, mais c'est là sa nouvelle demeure finalement, c'est le centre d'hébergement et de soins. On se comprend bien.

Vous recommandez quelque chose qui est assez intéressant aussi, vous dites: On devrait resserrer les liens avec les pharmaciens d'officine qui travaillent sur le territoire, l'ensemble des médecins et les représentants des pharmaciens pour les rattacher à un CMDP, un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, sur une base... Ce comité aurait à ce moment-là une responsabilité de population sur une base territoriale locale. C'est à la page 11, je pense, de votre document.

Comment vous verriez votre rôle, peut-être le rôle du CLSC à ce moment-là — on va prendre les deux chapeaux — dans cette optique-là? Puis est-ce que vous pensez réalistement que c'est des choses qu'on peut imaginer être capable de mettre en place assez rapidement? Et quels seraient les bénéfices de tout cela?

Le Président (M. Labbé): M. Lemire.

M. Lemire (Jacques): Au point de départ, nous, on croit que le pharmacien, son rôle est déjà en

modification. Le pharmacien joue auprès de la clientèle un rôle de plus en plus important de conseil. Il n'est pas qu'une personne qui délivre des médicaments, mais il donne des conseils, il indique les contre-indications, il indique les dangers de la consommation de plusieurs médicaments en même temps. Son rapport avec les médecins est à ce moment-ci très peu organisé, et il nous apparaît que, dans tout le mécanisme qui va permettre de faire en sorte que le médicament coûte le moins cher possible pour le consommateur, il y aurait un avantage à ce que le médecin et le pharmacien puissent se parler. Le lieu que nous trouvons pour cela, c'est bien sûr le CMDP sur une base territoriale, qui existe déjà, mais où les pharmaciens ne sont pas toujours présents, et ça nous paraît important, surtout quand on est en institution, en CHSLD ou qu'on est dans un centre hospitalier, de voir à ce que le pharmacien puisse jouer ce rôle du côté de la prescription des médicaments.

Mme Gendron (Andrée): J'ajouterais que c'est un petit peu dans le cadre... Quand on dit qu'il faut des mesures structurantes qui soient adaptées aux nouvelles réalités, je pense que ce qu'on préconise de plus en plus, c'est un virage vers la communauté et quasi des structures virtuelles et non pas juste des structures bétonnées. Bon. Et, vous le savez très bien, notre point de vue à nous, c'est une concertation de tous les intervenants sur un territoire, et, à cet égard-là...

Mme Marois: C'est le mien aussi d'ailleurs.

Mme Gendron (Andrée): ... — merci — on trouve que le pharmacien, qui a fait des études universitaires et qui est le spécialiste dans une zone, est très mal utilisé. Alors donc, cette structure virtuelle qu'on souhaiterait vouloir mettre sur pied et qui va demander aussi du support, faire en sorte que tous les intervenants veulent bien, c'est d'avoir un CMDP sur un territoire local, et le CLSC, qui est l'établissement public, serait supportant de ça, mais il ne serait pas le maître d'oeuvre parce que ce seraient tous les intervenants. Et, à cet égard-là, peu importe le lieu où est-ce que la personne est, elle aurait tout le temps une approche sécuritaire face aux médicaments, et aussi on pourrait utiliser la thérapie médicamenteuse à meilleur escient que de la prescription de pilules sans arrêt. C'est ce qui nous préoccupe.

Mme Marois: Oui, je comprends très bien. Je vous remercie pour l'instant, M. le Président, je reviendrai.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président, et bienvenue à M. Lemire, Mme Gendron et Mme Vigeoz. Je vous remercie pour votre présentation et également pour la qualité de votre mémoire.

Vous parlez du lien, pour l'organisation des soins, entre les différents secteurs du réseau de la santé. Notamment, lorsqu'on parle du système hospitalier, CLSC, CHSLD, compte tenu du fait que, bon, les médicaments sont payés dans un endroit, ne sont pas payés dans l'autre, est-ce que, pour vous autres, selon votre expérience, le fait que des gens, bon, sortent de l'hôpital, aient à ce moment-là à assumer le coût de leurs médicaments est une contrainte au virage ambulatoire? Et, notamment dans le cas des personnes âgées, est-ce que, selon votre expérience, ça peut même avoir un impact négatif ou avoir un certain désincitatif aux personnes âgées pour vraiment se procurer les médicaments dont elles auraient besoin?

Le Président (M. Labbé): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. M. Marcoux, on le marque très bien, on l'écrit dans notre mémoire, je pense que l'effort de réflexion qu'on a fait, c'est dans une perspective de système de santé amélioré. Et, à cet égard-là, quand on regarde le régime d'assurance médicaments maintenant, c'est qu'il y a deux facettes. C'est que, quand notre période de soins a lieu à l'intérieur de l'hôpital, il y a une législation, qui s'appelle l'assurance hospitalisation, qui fait que tout est couvert, et aujourd'hui ce qu'on veut faire, c'est diminuer les coûts de l'hospitalisation, faire en sorte que les gens reçoivent les services à domicile, et il y a un biais désincitatif parce que la journée où je retourne à mon domicile à moi, je ne serai plus couverte gratuitement et je devrai donc payer des fournitures, et autres.

Donc, ce qu'on voit, c'est de diminuer le temps d'hospitalisation, qui pourrait faire des économies à tout un grand système. Il y a un biais désincitatif sur qui paie le médicament, dépendant que vous êtes dehors ou dedans, qui fait que tout le système finit par être moins fonctionnel et moins performant au niveau financier. Donc, oui, il y a des désincitatifs. Nous, on regarde... À un moment donné, on est en service à domicile et on veut apprendre à quelqu'un... Je vais vous dire juste une chose, on veut apprendre à quelqu'un, supposons, à changer lui-même son pansement ou autre, ce dont on se rend compte, c'est que, quand la personne se rend compte que ce ne sera plus l'infirmière du CLSC qui va arriver avec le pansement qui est finalement... elle ne veut pas l'apprendre parce qu'elle se dit: Demain, je vais être obligée d'aller l'acheter à la pharmacie, et ce n'est pas couvert par mon régime d'assurance. Et donc, ça, il faut faire attention parce qu'il y a des biais désincitatifs qui font que les coûts sont de beaucoup augmentés parce qu'il faut qu'on ait une infirmière qui porte le pansement, et ce n'est pas l'habileté ou la sécurité de la personne qui est en cause, c'est qui va payer. Bon.

• (16 h 40) •

Et la même chose, c'est qu'on a intérêt à rester cinq ou 10 jours à l'hôpital et recevoir là l'antibiothérapie, parce que, la journée où est-ce qu'on est chez nous, il y a tout le problème de se fournir ça, de se fournir sa pompe, est-ce que notre pharmacien local, communautaire va être capable de nous le fournir. Donc, je pense que, nous, ce

qu'on vous met de l'avant, c'est qu'on ne peut pas regarder les médicaments et le coût de la pilule si ce n'est pas une des composantes d'un système de santé. Et l'utilisation des médicaments peut avoir des économies sur l'utilisation des autres types de services. Il faut penser à médicament en termes de coûts évités. Ça nous coûterait moins cher de rembourser les fournitures à domicile que de faire en sorte que la personne veuille rester plus longtemps à l'hôpital parce qu'elle sait qu'à domicile ce ne serait pas remboursé. Donc, il faut avoir une perspective de coûts évités.

Le Président (M. Labbé): Ça va? Alors, maintenant, je cède la parole au député de Nelligan, s'il vous plaît.

M. Williams: Merci, M. le Président, de me donner la parole cet après-midi.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Labbé): ...tout le temps nécessaire, M. le député. Ha, ha, ha!

M. Williams: Et merci beaucoup pour votre présentation cet après-midi. Dans votre mémoire, vous avez mentionné que le financement dans les CHSLD n'était jamais ajusté aux hausses des prix des médicaments, et je comprends ça, et c'était dans un contexte très sévère au niveau budgétaire. Mais, dans votre mémoire, vous avez parlé avec les chiffres assez... vous avez globalement mentionné que quatre personnes âgées sur cinq consomment au moins un médicament par jour et que près de une sur deux consomme trois médicaments et plus tous les jours.

Vous avez, je pense, privilégié un... Je pense que vous avez parlé d'un programme d'observance de l'utilisation rationnelle des médicaments. Malgré le contexte économique — et je ne ferai pas un long discours sur toutes les coupures que ce gouvernement a faites — pourquoi pas que les CHSLD n'ont pas déjà commencé un programme d'utilisation rationnelle des médicaments? Parce que, effectivement, je pense, on peut, avec l'admission de quelqu'un, savoir exactement quels médicaments il ou elle prend et on peut faire un bon suivi. On peut sauver de l'argent, ça va être plus efficace. Il me semble que c'est tout à fait logique. Et, je répète, je comprends que c'était dans un contexte très difficile, et je ne vous blâme pas, mais j'essaie de juste mieux comprendre. Mais il me semble que c'est tout à fait logique, on peut demander à tous nos membres qui demeurent dans un CHSLD de suivre un programme d'utilisation rationnelle des médicaments.

Le Président (M. Labbé): Mme Gendron.

Mme Gendron (Andrée): Oui. Je ne voudrais pas commencer le grand débat: Qu'arrive-t-il avec nos CHSLD? Mais il faut comprendre une chose, c'est que le CHSLD, les personnes qui y sont ont beaucoup, beaucoup

changé entre les dernières années et ce qu'on voit actuellement, d'une part. Donc, c'est des gens qui ont plusieurs problématiques de santé, parce que les autres sont chez elles et ont un suivi à domicile.

Et le CHSLD fait partie aussi du virage ambulatoire, et ça, on ne le dit pas. Avant, dans le centre d'accueil, la personne qui avait une épisode de soins allait à l'hôpital, vivait pratiquement sa convalescence là-bas, revenait. Au moment où est-ce qu'elle avait des soins palliatifs, elle retournait à l'hôpital. Aujourd'hui, parce qu'on a mis sur pied des milieux de vie et on trouve qu'il est sain que quelqu'un puisse avoir des périodes de soins chez lui quand sa sécurité n'est pas mise en cause, le CHSLD, qui a des budgets fermés donc et qui a subi des compressions les cinq dernières années, en même temps assume son virage ambulatoire. Donc, quand on me dit qu'en CLSC on fait de l'antibiothérapie à domicile, bien en CHSLD on fait de l'antibiothérapie, et cette personne-là ne devrait pas aller à l'hôpital. On fait des soins palliatifs.

Donc, il y a une planification du budget de médicaments qui n'a pas été ajustée en fonction du virage ambulatoire dans le milieu de vie de ces personnes-là. Ceci étant dit, c'est... Et, si on n'avait pas fait le suivi des thérapies médicamenteuses pour essayer justement d'en faire la meilleure des consommations, les budgets auraient comme doublé et triplé parce que c'étaient des budgets, avant, que vous retrouviez dans le secteur hospitalier, mais qui n'ont pas suivi la clientèle. Alors donc, c'est plus dans ce sens-là.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Labbé): Pas d'autres questions, M. le député de Nelligan?

M. Williams: Pas pour le moment, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): Pas pour le moment. Merci beaucoup. Alors, je cède maintenant la parole à la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, s'il vous plaît.

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Mesdames, monsieur, bonjour. Bienvenue à cette commission. La ministre, d'entrée de jeu, a dit que c'est un bon mémoire, moi, je dis que c'est un excellent mémoire. Vous parlez beaucoup des démunis et des gens qui souffrent et des gens qui ont été pénalisés par l'implantation du régime de l'assurance médicaments. C'est malheureux que vous n'ayez pas eu la chance de terminer toute la lecture de votre mémoire, et j'aimerais peut-être lire seulement trois lignes qui sont importantes. Et j'attire l'attention de la ministre à la page 16, quand vous dites: «Le financement — je préfère vous le rappeler, ça va peut-être vous faire réviser les chiffres que vous avez déposés hier — des CHSLD n'a jamais été ajusté à la hausse du prix du médicament que le ministère relève si justement. Les CHSLD ont beau faire tous les efforts pour rationaliser et

économiser, il n'en demeure pas moins que ces hausses non compensées se traduisent en fin de compte — et c'est là que j'attire l'attention de la ministre — par des coupures de services dans d'autres domaines.»

Alors, on sait tous, M. le Président, que les CLSC, les CHSLD sont sous-financés, que les coupures drastiques et draconiennes qu'ont dû subir ces établissements se sont récoltées par des coupures de services, et ce sont des personnes malades qui en ont payé les frais. Et c'est sûr que, si j'ai bien entendu votre conférence de presse, il y a un manque à gagner de 600 millions si on veut bien répondre aux besoins réels des services que vous donnez à la population.

Et j'espère que la ministre, M. le Président... Mme la ministre, oui...

Mme Marois: Je vous écoute, je vous écoute.

Mme Loiselle: ...que la ministre va réviser le 58 millions qu'elle a annoncé hier qui n'est même pas 10 %. C'est moins de 10 % de la demande que vous faites. Alors, vous aurez la chance, si vous le voulez, de faire un autre cri du coeur à la ministre pour qu'elle réalise, là, que le 58 millions ne vous aidera pas beaucoup, beaucoup pour donner de l'oxygène et répondre aux besoins criants de la clientèle que vous desservez.

Je n'ai pas à vous rappeler le rapport Tamblyn, vous êtes sûrement au courant aussi de la consultation qu'ont faite les intervenants dans les centres hospitaliers sur l'impact dévastateur sur les plus démunis, particulièrement les personnes âgées, avec l'implantation de l'assurance médicaments. Vous, vous faites une suggestion pour les plus démunis, soit d'alléger en introduisant une progressivité plus importante dans la contribution demandée. Vous suggérez une mixité des scénarios 1 et 4. La Coalition de l'assurance médicaments, qui regroupe un très, très grand nombre d'organismes communautaires qui travaillent auprès des personnes démunies, Sun Youth, Jeunesse au soleil, qui doit répondre à la mission sociale à laquelle le gouvernement n'a pas répondu avec l'implantation de son régime d'assurance médicaments, aident des milliers de personnes âgées à se procurer leurs médicaments. J'aimerais savoir si vous seriez prêts à aller jusqu'à la recommandation que fait la Conférence des régies régionales du Québec d'aller jusqu'à la gratuité pour les plus démunis du Québec.

Le Président (M. Labbé): M. Lemire

M. Lemire (Jacques): Écoutez, nous, ce qu'on dit — et ça part effectivement de la gratuité — c'est qu'il faut s'assurer que, dans le régime général d'assurance médicaments, tous puissent en profiter. Or, on sait que les personnes qui sont démunies d'une façon très importante, que ces personnes-là devraient pouvoir profiter de la gratuité ou d'un coût le plus bas possible et que, au fur et à mesure que les personnes ont des revenus suffisants pour être capables de payer, ces personnes-là puissent aussi payer davantage. Cependant, il nous paraît important, et je

le disais tantôt... J'ai perdu mon idée, je m'excuse. Ha, ha, ha!

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

Mme Gendron (Andrée): Oui. Sur le principe de base, je pense que l'État du Québec a l'entière responsabilité de pouvoir aux besoins des plus démunis de sa société, peu importe l'âge, et le médicament doit être accessible en fonction de l'état de santé. Et je pense que, quand on vous disait tout à l'heure qu'il faut regarder le médicament en coûts évités, des gens qui seraient privés de médicaments parce qu'ils n'ont pas l'argent vont, de toute façon, augmenter et occasionner dans tout notre système des coûts nettement supérieurs au fait qu'ils n'ont pas eu accès aux médicaments. Mais, ceci aussi, il y a un facteur d'économie à une saine gestion des médicaments et à des pratiques professionnelles qui fassent en sorte que la gestion des médicaments soit saine.

Et, j'en reviens tout à l'heure avec le suivi d'observance et toute l'importance de l'équipe multidisciplinaire, vous savez qu'en plusieurs cas on n'a pas besoin d'avoir toujours recours aux médicaments et qu'une approche avec du personnel et une équipe multidisciplinaire peut se substituer à ça. Donc, l'importance pour nous, c'est en même temps qu'on a une universalité sur les services de santé en fonction des problématiques de santé, le médicament doit être vu dans cette perspective-là. Et, quand il est bien donné, quand il est bien suivi, il fait des économies dans le grand système. Peut-être parce que vous auriez un médicament à temps, vous évitez une hospitalisation, une opération, ou autre. Alors, c'est plus dans ce sens-là que ça nous préoccupe beaucoup.

• (16 h 50) •

Mme Loiselle: Vous savez, tantôt la ministre a fait mention des pistes de solution, alors j'espère, M. le Président, que vous allez me donner l'équité. Dans les pistes de solution...

Le Président (M. Labbé): Vous avez deux minutes, madame, pour faire l'équité. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Loiselle: Dans les pistes de solution, nous, on se doute depuis le début de la commission — je vais être très franche avec vous — que, de toute façon, la ministre sait déjà de combien elle va augmenter les primes. Et, hier, mon collègue lui a fait dire qu'elle va augmenter les primes, alors, moi, j'aimerais savoir... Dans les pistes de solution, la ministre dit que, dans tous les scénarios, elle va réviser la Loi sur l'assurance-médicaments pour introduire l'indexation annuelle automatique, ne voyez-vous pas dans ça un danger pour justement, encore une fois, les plus démunis?

M. Lemire (Jacques): Là-dessus, on l'a dit tantôt, nous, on pense que, à court terme, il faut effectivement

faire en sorte que le régime puisse se financer, donc augmenter les primes, mais on dit: Il faut être prudent. Attendons de voir si les mesures structurantes qu'on propose vont avoir un effet sur le coût des médicaments. Regardons comment on peut faire en sorte de réduire le plus possible les coûts, mais n'allons pas immédiatement mettre dans la loi un article qui prévoit une augmentation ou une indexation automatique des primes, parce que ce que je n'ai pas eu le temps de dire tantôt — et j'en profite maintenant pour le dire — c'est que notre deuxième option, c'est de continuer les études, de continuer les analyses pendant que le régime se rétablit pour voir si on ne devrait pas aller vers un régime universel pour l'ensemble de la population, parce qu'il m'apparaît important de rappeler qu'actuellement les gens qui sont dans le privé sont des gens qui sont capables de payer des contributions et qui sont, à cause de leurs groupes d'âge et à cause de leurs fonctions, les personnes qui consomment le moins de médicaments, alors que le régime public de l'État est le régime qui regroupe les plus démunis, qui regroupe les personnes qui n'étaient pas capables autrement d'avoir un régime d'assurance médicaments et qui, à cause des problématiques qu'on connaît, sont les personnes qui, en plus, consomment le plus de médicaments. Or, pour reprendre l'expression de M. Lemire tantôt, il n'y a pas de mutualisation des risques dans ce que nous vivons actuellement. Alors, peut-être qu'à moyen terme il faut regarder la possibilité d'avoir un régime universel.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci beaucoup, M. Lemire. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la ministre s'il y a complémentaire.

Mme Marois: Alors, merci, M. le Président. J'imagine que, si la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne trouve le mémoire excellent, elle appuie les propositions qui sont là. Ça va nous permettre de constater quel est le point de vue de l'opposition sur...

Mme Loiselle: ...Mme la ministre.

Mme Marois: ...la question de l'assurance médicaments. Puis j'ai calculé que, finalement, la demande des CLSC et CHSLD de 600 millions, ça correspond à peu près à 10 % de 6 milliards exactement. C'est le déficit qu'on nous avait laissé quand on est arrivé, alors, si on ne l'avait pas eu, peut-être qu'on aurait pu investir ce 600 millions dans les CLSC et ailleurs. On s'excuse auprès de nos invités, mais c'est le genre de remarques que nos amis d'en face finissent par provoquer.

Juste une chose sur laquelle je veux revenir, ça fait quelques fois qu'on en parle, les hôpitaux n'ont pas l'autorisation pour et ne doivent pas et ne peuvent pas faire payer des médicaments aux personnes, tel que vous le mentionniez, là, et on a envoyé des directives sur ça, vous le savez, dans les hôpitaux, parce que, dans les faits, ce n'est pas autorisé en vertu de la loi.

Par ailleurs, il y a des comités de travail — je pense que vous y êtes associés d'ailleurs — sur la question,

justement, des pansements, de toutes ces fournitures qui sont un peu périphériques aux médicaments et pour lesquelles on pense qu'on devrait être capables de supporter aussi en ambulatoire les personnes qui ont de tels besoins et qui sont à la maison, et qui nous permettraient à ce moment-là d'éviter justement qu'on utilise des services plus lourds plutôt que d'être soigné et de se soigner soi-même lorsqu'on peut le faire.

Alors, j'espère qu'on va pouvoir corriger cette situation-là, de même que tous... J'ai de la difficulté avec cette expression-là, mais tous les médicaments parentéraux, c'est-à-dire, bon, qui sont administrés de cette façon. Ça aussi, il y a une étude actuellement qui est en cours, on vous y a associés, puis, dans ce sens-là, ce sont des corrections qu'on devrait être à même d'apporter éventuellement. En tout cas, je le souhaite bien sûr tout autant que vous.

Sur le mécanisme d'indexation, si toutes les mesures de correction sont apportées sur la meilleure utilisation du médicament, par exemple, sur une meilleure coordination des interventions professionnelles, l'exemple que vous proposiez tout à l'heure d'un CMDP sur une base territoriale qui permettrait d'associer le médecin et le pharmacien, les pharmaciens d'officine, si tous ces mécanismes fonctionnent, on n'aura pas besoin d'indexer évidemment parce qu'on réussira à contrôler les coûts. Et il nous apparaissait plus sage de proposer d'intégrer un tel mécanisme d'indexation automatique pour éviter qu'on se retrouve à ce moment-là, si jamais on ne réussit pas à contrôler nos coûts, avec des hausses qui deviennent si importantes qu'on doit donner des coups de barre qui ont des effets secondaires souvent plus désastreux qu'autre chose, tandis que si, au moins, on s'ajuste au fur et à mesure, progressivement, les gens aussi assument qu'ils doivent payer un plus parce que cette augmentation de coûts apparaît, et on ne l'accumule pas. Alors, c'est ça, la perspective qu'on a, mais ça ne nous enlève pas l'obligation d'aller procéder à l'implantation de tous les mécanismes qui visent à une meilleure utilisation du médicament à tous égards.

La Conférence des régions va nous proposer tout à l'heure un travail conjoint et même, en fait, une intégration du Comité de revue sur l'utilisation du médicament et du Réseau de revue sur l'utilisation du médicament. Est-ce que vous pensez que ça pourrait être une idée intéressante pour permettre justement de contrôler un peu plus non seulement les coûts, mais surtout de nous assurer qu'on a une utilisation optimale du médicament? Parce que, vous, vous suggérez, enfin vous dites que c'est un prérequis pour rendre opérationnelle une révision des critères d'inscription des médicaments, mais vous n'abordez pas l'intégration. Est-ce que ça vous apparaît intéressant?

Le Président (M. Labbé): Alors, on y va avec Mme Di Stasio. Ah non, pas Mme Di Stasio, pardon, Mme Vigeoz. Je m'excuse, madame.

Mme Vigeoz (Michèle): Oui, c'est certainement une solution, même si on ne s'est pas étendus dessus, qui

nous apparaît intéressante et qui est comme... Quand on dit un prérequis, le fait de... Je veux dire, dans la révision des critères qui sont proposés, en introduisant notamment certaines valeurs de société et en regardant quelle efficacité réelle, une fois rendus dans la population, les médicaments peuvent avoir, toute cette information-là est susceptible d'être utilisée de façon... Comment je pourrais dire? Il faut que des rétroactions se fassent et que l'information circule dans les milieux de soins auprès de médecins, auprès des pharmaciens et auprès des dispensateurs de services. Oui, nous, on est favorables à cette mesure-là.

Mme Marois: D'accord. Alors, je vous remercie pour la présentation de votre mémoire. On va analyser chacune de vos propositions et voir comment on peut en retenir un certain nombre, essayer de faire le meilleur choix possible compte tenu des besoins auxquels on a à répondre. Merci beaucoup.

• (17 heures) •

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, Mme la ministre. Alors, compte tenu que nous avons atteint l'équité, je vous remercie M. Lemire, Mme Gendron et Mme Vigeoz, de votre présentation. Et, sans plus tarder, je demanderais aux représentants de la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Barbeau): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Merci beaucoup. Alors, je demanderais au porte-parole, je crois, peut-être Mme Vallières...

Mme Vallières (Diane): Oui.

La Présidente (Mme Barbeau): ...de présenter les gens qui l'accompagnent et ensuite de nous présenter son mémoire. Vous avez une période de 15 minutes. Merci.

Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec

Mme Vallières (Diane): Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, Mme la Présidente, Mme la ministre, chers membres de la commission, effectivement, je vous présente les gens qui m'accompagnent: Dr Denis Drouin, médecin en santé publique, Centre de santé publique de Québec; Mme Dolores Lepage-Savary, pharmacienne et experte-conseil pour le dossier de l'assurance médicaments; et Dr Alain Larouche, médecin-conseil et gestionnaire en organisation des services à la Conférence. Alors, moi, je suis Diane Vallières, présidente de la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec.

Merci, d'abord, de nous donner l'occasion de nous exprimer sur un dossier d'importance comme celui de la révision du régime d'assurance médicaments, dossier pour lequel nous avons investi des efforts importants et pour

lequel, nous le rappelons à la commission, nous avons déposé à la ministre en mai 1999 un certain nombre de recommandations pour mieux soutenir les clientèles vulnérables. Nous avons notamment proposé des stratégies d'intervention pour contrecarrer les problèmes d'inobservance thérapeutique mis en évidence par l'étude réalisée par des chercheurs de McGill à la demande du ministère, c'est-à-dire l'étude Tamblin.

Notre présentation sera brève afin que nous puissions répondre à vos questions. Alors, avant d'aller plus directement à nos propositions, nous aimerions rappeler notre détermination à soutenir et à préserver les principes d'universalité, d'équité et d'accessibilité énoncés par le gouvernement lors de l'instauration du régime d'assurance médicaments. La Conférence convient qu'il s'agit là de principes fondamentaux. Tous les obstacles qui pourraient compromettre l'application de ces principes doivent être identifiés et des efforts doivent être consentis pour résoudre les problèmes s'y rattachant.

Également, la Conférence tient à souligner que la mise en oeuvre d'un régime universel d'assurance médicaments au Québec est l'une des plus importantes mesures sociales prises en santé depuis l'instauration de l'assurance maladie dans les années soixante-dix. À cet égard, le gouvernement du Québec a fait preuve d'audace et de clairvoyance tout en devenant chef de file en cette matière au Canada. Le régime a favorisé une meilleure accessibilité aux médicaments à près de 1,5 million de personnes qui ne bénéficiaient d'aucune couverture d'assurance médicaments avant son implantation.

Après trois ans d'évolution du régime, l'expérience pratique nous amène à constater que l'objectif d'universalité est atteint. Cependant, les principes d'accessibilité et d'équité doivent être examinés de plus près. Tant l'accessibilité aux médicaments et aux soins s'y rattachant que celle reliée aux services médicaux influent sur les coûts de santé et sur l'organisation de l'ensemble des services de santé. C'est pourquoi la Conférence souhaite aborder la question globalement et faire valoir des solutions d'ensemble.

À cet égard, nous soulignons d'entrée de jeu que l'utilisation non optimale des médicaments et les obstacles à l'accessibilité conduisent à des coûts de santé improductifs qui se répètent sur les individus et sur les autres composantes du réseau de santé. Les principes d'accessibilité et d'équité doivent donc être examinés de plus près. D'ailleurs, l'essence de notre proposition va en ce sens et elle suit l'ensemble des réflexions menées par la Conférence afin que l'organisation des services de santé soit davantage orientée vers la demande de services plutôt que vers l'offre de services, ce qui peut entraîner une inadéquation entre les soins et les services offerts par rapport à ceux jugés prioritaires au regard des besoins de santé de la population.

Comme vous le savez, Mme la Présidente, il ne suffit pas simplement de rendre un médicament accessible ou de le rembourser pour en assurer les bénéfices en termes d'amélioration de la santé. Il faut aller plus loin et s'assurer de la pertinence de son utilisation pour atteindre

les bénéfices de santé escomptés. C'est pourquoi la Conférence estime que le régime d'assurance médicaments doit intégrer la mise en oeuvre conjointe de stratégies permettant de soutenir la pratique médicale et pharmaceutique afin d'assurer la pertinence de la prescription, de favoriser le choix judicieux et l'utilisation rationnelle des médicaments. Nous proposons à cet égard une série de mesures qui permettront d'atteindre ces objectifs tout en ayant pour effet d'éviter des coûts de santé improductifs.

Guidée par la volonté de contribuer à l'amélioration du réseau de la santé et par les responsabilités de ses membres en matière d'organisation des services et des soins, la Conférence aimerait rappeler à la commission les quatre préoccupations qui sont à l'origine des recommandations formulées: la première, l'urgence et la nécessité de faire migrer la couverture d'assurance médicaments en un véritable programme de santé; la deuxième, la nécessité de résoudre les problèmes actuels d'iniquité dans l'accès au médicament; la troisième, la nécessité d'agir par des stratégies concertées afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la santé de la population; la quatrième, finalement, la nécessité de revoir les modalités et le financement du régime général d'assurance médicaments afin de préserver l'accessibilité tout en assurant la pérennité du régime.

Vous comprendrez que ces préoccupations convergent toutes dans une seule et même direction, la création d'un véritable programme de santé intégrant la couverture d'assurance médicaments aux autres composantes du réseau de la santé.

Dans son mémoire, la Conférence propose des solutions d'ensemble permettant une meilleure intégration du régime général d'assurance médicaments au système de santé québécois. Elle souhaite donc sa mutation vers un véritable programme de santé pour que les citoyennes et les citoyens du Québec puissent en tirer les meilleurs bénéfices en matière d'amélioration de la santé.

Il faut voir le régime d'assurance médicaments davantage comme un programme de santé qui vient compléter judicieusement la couverture des soins médicaux déjà offerts par l'assurance maladie du Québec. La révision du régime d'assurance médicaments ne doit pas se limiter à un débat d'assurance mais plutôt porter sur les enjeux en matière de santé.

En plus de menacer la santé des individus, l'utilisation non optimale des médicaments entraîne des coûts de santé improductifs, comme je l'ai déjà dit. En effet, ce problème entraîne souvent le recours aux consultations médicales répétées, des séjours à l'urgence, l'utilisation de soins de santé plus coûteux en raison de complications médicales ou même des décès prématurés. Selon les données disponibles, l'utilisation inappropriée des médicaments est responsable de 15 % à 35 % des coûts de services de santé.

Dans le but de minimiser ces coûts et aussi pour contribuer à éviter l'augmentation des primes de l'assurance médicaments, la Conférence propose, en plus d'une meilleure accessibilité aux médicaments, des stratégies de soutien et d'intervention pour favoriser leur utilisation optimale.

En matière d'équité financière dans l'accès aux médicaments, on constate que les conditions faites aux personnes couvertes par le régime privé sont différentes de celles du régime public. Par ailleurs, s'appuyant sur les données disponibles suite à l'étude Tamblyn, la Conférence recommande la gratuité d'accès au régime à toutes les personnes dont le revenu familial est en deçà du seuil de pauvreté.

En conséquence, estimant qu'une mutualisation de tous les risques sous un seul régime permettrait un meilleur étalement des contributions financières, la Conférence recommande d'assurer la couverture d'assurance médicaments à tous les citoyennes et les citoyens québécois par la mutualisation de tous les risques sous un seul régime qui tiendrait compte des objectifs d'amélioration de la santé de la population et de la capacité de payer des individus en fonction de leurs revenus.

Également, les problèmes d'équité dans l'accès doivent être résolus. Par exemple, il arrive que le malade se retrouve entre deux chaises, entre l'assurance hospitalisation et l'assurance médicaments, et doit déboursier les frais de sa médication parce que son séjour hospitalier est écourté et parce qu'il accepte de poursuivre son traitement et sa convalescence à la maison. Puisque les hôpitaux et les CLSC ne sont pas tenus de fournir ces médicaments aux malades non hospitalisés, certains sont soient laissés à eux-mêmes pour se les procurer et en assument le coût, d'autres les reçoivent gratuitement grâce à une entente entre l'hôpital et le CLSC.

Cela illustre bien le problème d'iniquité dans les conditions d'accès. Ce système à deux vitesses compromet le succès de la thérapie et la continuité des soins, puisque plusieurs malades refusent de poursuivre leur traitement dans ces conditions peu facilitantes. Un meilleur arrimage entre l'assurance médicaments et l'assurance hospitalisation quant à la fourniture de ces médicaments pourrait résoudre ce problème en plus d'assurer la gratuité du traitement lors d'un séjour hospitalier écourté.

Pour faire migrer la couverture d'assurance médicaments en un véritable programme de santé, nous proposons donc un ensemble de mesures. D'abord, celles visant à résoudre les problèmes actuels d'iniquité dans l'accès, soit le regroupement de l'ensemble des budgets consacrés aux médicaments aux fins de programmes clientèles et dans une perspective globale de gestion de soins; la gratuité de l'antibiothérapie parentérale lors de séjour hospitalier écourté.

● (17 h 10) ●

Ensuite, les mesures qui permettent des stratégies concertées pour améliorer la santé de la population, soit la création d'un programme québécois d'observance thérapeutique; l'intégration des deux organismes québécois voués à la Revue d'utilisation des médicaments afin d'intensifier leurs activités dont les impacts sont reconnus; la création d'une commission médicopharmaceutique régionale qui verrait à la qualité des soins et des services médicaux en soutien à l'utilisation optimale des médicaments et qui permettrait d'intensifier les liens professionnels et fonctionnels entre les médecins et les pharmaciens;

le développement de stratégies, d'outils de communication et d'information clinique et scientifique en soutien à la pratique médicale et pharmaceutique; la création d'un service d'info-médicaments parfaitement intégré au service d'Info-Santé en soutien aux besoins d'information de la population; et la création d'un fonds pharmaceutique de santé capable de soutenir certains programmes cliniques et de contribuer à l'utilisation optimale des médicaments. Nous proposons enfin, et comme nous l'avons déjà souligné, une révision des modalités du régime et de son financement, c'est-à-dire notre proposition de mutualisation et d'étalement des prix.

En conclusion, nous croyons que nos recommandations permettraient au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'engager résolument vers un véritable programme de santé dont les paramètres correspondent davantage aux besoins de la population et à la capacité de payer des citoyennes et des citoyens du Québec. En plus d'une meilleure réponse aux besoins des personnes, particulièrement celles aux prises avec la maladie, un tel programme influencerait sur les coûts de santé. Le triangle assurance hospitalisation, assurance maladie et assurance médicaments doit constituer un ensemble de soins parfaitement intégrés afin d'en assurer les meilleurs bénéfices pour la population.

La ministre de la Santé a ici l'occasion d'instaurer un modèle de soins de santé dont les diverses composantes s'intègrent de manière efficiente pour assurer à la population du Québec un système de santé performant et à coût raisonnable. À cet égard, nous espérons que notre réflexion sera utile et nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Barbeau): Merci beaucoup, Mme Vallières. Maintenant, nous allons passer à la période d'échanges. Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Je veux remercier d'une façon toute particulière la Conférence des régies parce que je crois que nous avons entre les mains un mémoire qui est d'une grande qualité et qui ouvre différentes avenues nouvelles. Et vraiment, il y a un certain nombre de propositions dans ce mémoire qui n'étaient pas apparues depuis le début de nos audiences et qui sont très intéressantes. Bon. Je comprends que ce que vous privilégiez, c'est vraiment un régime d'assurance mais universel et public. C'est ce que vous préféreriez.

Mme Vallières (Diane): Vous me posez la question?

Mme Marois: Oui.

Mme Vallières (Diane): On n'a pas fait le choix de se prononcer sur un régime public ou sur un régime privé. On dit: C'est un régime mutualisé qui comprend tous les risques.

Mme Marois: C'est ça. Vous ne retenez pas effectivement que ce soit public ou privé, mais...

Mme Vallières (Diane): Il faudra voir lequel répondrait le plus.

Mme Marois: ...effectivement, vous dites une mutualisation. D'accord. Mais par ailleurs vous faites une excellente démonstration du fait que le régime public qui assure les plus mauvais risques coûte le moins cher...

Mme Vallières (Diane): Tout à fait. Exact.

Mme Marois: ...malgré ce qu'en pensent les gens qui l'observent en disant toujours que c'est le public qui est toujours en dessous de tout, en termes de coûts. Alors, ce n'est pas vrai, dans le cas présent, n'est-ce pas?

Mme Vallières (Diane): Mme Savary compléterait, si vous voulez bien.

Mme Marois: Oui, Mme Savary.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Mme la ministre, j'aimerais attirer votre attention sur le fait que, nous, on a regardé les propositions et les nouvelles perspectives en regard d'un véritable programme de santé, et ça nous amenait à dire: Écoutez, sous un même chapeau, c'est le fait de mutualiser tous les risques avec les conditions de préoccupation de santé qu'on met dans notre proposition qui va faire, finalement, privilégier que ce soit public ou privé. Que ce soit l'entreprise privée qui, en sous-traitance, par exemple, pourrait gérer la couverture des remboursements de médicaments, pour nous, c'est un élément. Mais l'intégration de ce service-là dans les soins de santé avec les stratégies qu'on propose sont des conditions essentielles pour en faire un véritable programme de santé.

Mme Marois: Oui, je comprends bien. Et évidemment on verra quelles conclusions on finira par tirer de tous les éclairages qu'on nous a apportés. Mais je comprends bien la perspective.

Vous revenez évidemment sur cette question de la revue de l'utilisation des médicaments. J'ai posé la question à ceux qui vous ont précédés. Je pense que vous avez entendu la discussion. Vous proposez vraiment de fusionner les deux réseaux, RUM et CRUM, et de consolider leurs budgets de fonctionnement et leurs activités. Comment vous voyez ça, très concrètement? Avez-vous un petit peu imaginé comment on pourrait procéder si tel était le cas?

Mme Lepage-Savary (Dolores): Ça m'apparaît, Mme la ministre, très facile à concrétiser parce que les deux réseaux, en ce moment, fonctionnent déjà de manière parallèle. Ils ont des méthodes de fonctionnement qui peuvent être différentes, mais ils ont des objectifs communs et des méthodes de travail communes.

Mme Marois: Tout à fait.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Alors, pour moi, je pense que c'est une décision plutôt administrative que de décider de les faire travailler ensemble et c'est dans la perspective d'établir des cibles communes qui sont cohérentes avec le fait qu'on veut que notre système de santé soit en continuité lorsque le malade sort de l'hôpital. Évidemment, on ne veut pas qu'il y ait deux règles différentes entre la qualité de services ou l'utilisation de médicaments qu'on a dans un point de services par rapport à un autre. Donc, pour nous, c'est l'occasion rêvée que ces deux réseaux-là, qui travaillent en ce moment de manière parallèle, puissent partager leurs préoccupations, partager leurs cibles. Et on propose, en plus, une commission médicopharmaceutique...

Mme Marois: Oui, c'est ça, c'est...

Mme Lepage-Savary (Dolores): ...qui permettrait de faire un rétrofeedback à nos équipes médicales et pharmaceutiques des officines privées et de la pratique privée pour compléter l'efficacité de ces interventions.

Mme Marois: Un petit peu plus loin, là — j'essaie de suivre un peu votre mémoire — enfin, tout de suite par la suite, vous dites «le partage de l'information clinique». Et vous semblez dire — j'essaie de le relire, parce que j'ai tout lu les mémoires d'un couvert à l'autre, à un moment donné, je me mêle de l'un à l'autre — non: C'est le partage de l'information entre les professionnels. Il y a d'autres intervenants qui sont venus avant vous allant jusqu'à proposer un fichier central, finalement, qui pourrait être accessible, si la personne l'autorise formellement bien sûr, pour comprendre, être à même, en connaissant le diagnostic médical, d'être mieux en mesure comme pharmacien, par exemple, de recommander une utilisation optimale du médicament qui va être consommé par la suite. Puis vous dites: Les échanges demanderaient un contrôle en termes d'éthique, mais ça se pourrait ou ce serait possible de le faire. Quant à l'idée d'un fichier, est-ce que, pour vous, c'est trop gros ou ça pose trop de problèmes ou c'est quelque chose qui ne vous est pas rébarbatif?

La Présidente (Mme Barbeau): Oui, Mme Savary.

Mme Marois: ...je suis consciente de ça. Je vérifie d'autres propositions qui nous ont été faites parce que, nous, après, il faudra faire une synthèse.

La Présidente (Mme Barbeau): M. Drouin.

M. Drouin (Denis): Alors, un des concepts visant à améliorer l'observance et les pratiques professionnelles, c'est de favoriser le développement d'une alliance thérapeutique entre médecins, pharmaciens et patients. L'accès à un fichier commun est un outil extraordinaire qui permettrait également d'avoir accès à une qualité d'information commune et d'avoir des interventions concertées et

cohérentes entre professionnels, en accord avec le patient. Alors, cette vision-là ou l'implantation de ce programme-là qui est structural serait très facilitante pour améliorer l'observance, la bonne prescription, la bonne prise d'un médicament et également au niveau des professionnels.

Mme Marois: Donc, vous n'avez pas d'objection de principe, au contraire, si je comprends bien.

M. Drouin (Denis): Je pourrais confirmer que les ordres professionnels, les fédérations professionnelles, le Collège des médecins seraient très heureux. Ils sont prêts actuellement à envisager une collaboration interprofessionnelle.

Mme Marois: D'ailleurs, c'est dans ce sens-là que je vous posais la question, parce qu'ils sont venus il y a une semaine ou deux, je crois, et ça fait partie... Le Collège des médecins, entre autres, et les fédérations ont abordé aussi cet aspect-là en appuyant finalement une telle proposition. Bon. Est-ce qu'il me reste... Oui, il me reste un petit peu de temps quand même.

La Présidente (Mme Barbeau): Oui, oui.

Mme Marois: Je vais poser une autre question sur Info-Médicaments. Moi, je pense d'abord en même temps en profiter pour souligner qu'on sait que Info-Santé est un véritable succès, n'est-ce pas, pour aider les gens à se diriger et à prendre une décision plus pertinente au moment où ils ont des inquiétudes ou des problèmes sérieuse en termes de santé. Ça se vérifie quand on va chercher le point de vue des usagers et c'est très positif.

● (17 h 20) ●

C'est intéressant que vous proposiez la même chose pour Info-Médicaments, en fait, qui serait intégré, si je comprends bien, à Info-Santé. Qu'est-ce que son développement pourrait impliquer? Est-ce qu'il faudrait avoir d'autres types de professionnels qui soient au bout de la ligne ou on ferait une formation ou...

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Savary.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Écoutez, on a eu un projet qui nous a été déposé depuis déjà un an, à la Conférence des régies, par le CLSC Haute-ville, qui était lui-même à l'origine du projet d'Info-Santé, et à une collaboration de pharmaciens, les pharmaciens d'établissements et des pharmaciens en pratique privée, et ce qu'on retient de ça: la dimension des coûts d'un projet à l'échelle du Québec serait de coût très modeste, on parle entre 350 000 \$ et 500 000 \$ pour couvrir tout le Québec, mais à condition que ce service soit donné en appui avec les pharmaciens du réseau, que ce soient des pharmaciens d'hôpitaux et des pharmaciens en pratique privée. Et ce qui est imaginé, c'est un mécanisme où on utiliserait l'infrastructure d'Info-Santé pour le faire.

Mme Marois: Ah oui! pour avoir accès...

Mme Lepage-Savary (Dolores): Tout à fait. Et là on donnerait des services 24 heures sur 24 mais basés sur une contribution de nos pharmaciens selon leur milieu de pratique, ce qui nous apparaît le plus logique et ce qui permet de réduire l'évaluation des coûts d'un tel projet.

Mme Marois: Non, c'est vraiment intéressant. Je vois bien. En fait, il s'agirait de rendre disponibles des pharmaciens qui accepteraient d'être conseils à ce moment-là...

Mme Lepage-Savary (Dolores): À tour de rôle, de travailler...

Mme Marois: À tour de rôle. Et maintenant notre technologie tellement extraordinaire nous permet de faire ça.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Voilà!

Mme Marois: On me suggère ici une question: Est-ce que ça ne pourrait pas par ailleurs être dangereux de donner de l'information sur les médicaments sans connaître les conditions cliniques des patients?

Mme Lepage-Savary (Dolores): On a eu plusieurs questions à ce niveau-là lorsqu'on a eu des discussions dans les régies régionales, et ces préoccupations-là ne sont pas fondées en ce moment parce qu'il est démontré que les pharmaciens sur le terrain, en pratique privée, s'occupent bien de leurs malades et sont disponibles pour répondre à leurs questions. Donc, les malades qui réfèrent à ces services-là sont souvent des malades qui n'ont pas de pharmaciens attirés, qui ne visitent pas régulièrement un pharmacien et qui ont besoin de dépannage et c'est parfois des malades aussi en situation de panique à un moment où ils ont des effets médicamenteux qu'ils ont de la difficulté à analyser. Alors, ce service-là, comme pour Info-Santé, n'est pas là pour résoudre les problèmes individuels des malades mais pour les orienter vers une ressource plus appropriée...

Mme Marois: C'est ça.

Mme Lepage-Savary (Dolores): ...pour s'occuper d'eux, alors vers les médecins ou vers les pharmaciens, qui pourront poursuivre le soin individuel de ce malade-là.

Mme Marois: D'accord. Merci, je vais réserver le peu de temps qui me reste pour une autre...

La Présidente (Mme Barbeau): Merci. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Mme Vallières et les personnes qui vous accompagnent, merci pour votre mémoire, également pour votre présentation. Vous parlez, à la page 13, en fait, du

mémoire que nous avons reçu, de la révision des paramètres du régime. Et vous mentionnez que, selon la Conférence, «des personnes à faibles revenus sont confrontées à des contributions financières souvent supérieures à leur capacité de payer». Est-ce que c'est le cas présentement dans l'application du régime, selon les paramètres existants? Et, selon vous, à ce moment-là, quels sont les paramètres qui devraient être modifiés dans le cadre d'une révision éventuelle du régime? La ministre nous indiquait hier qu'elle s'apprêtait à hausser les contributions et les primes. Alors, dans ce cadre-là, comment vous voyez une modification si, déjà, présentement, vous dites: Il y a des gens qui ont des problèmes?

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Vallières.

Mme Vallières (Diane): Pour répondre peut-être à votre première question, vous dites: Est-ce que ça existe présentement? oui, ça existe mais autant dans le régime privé que dans le régime public. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui sont assurés par le régime privé et qui sont à très faibles revenus et qui paient plus que ce qu'ils devraient payer finalement par rapport à leur revenus gagnés. Et, en contrepartie, dans le régime public, il y a des gens qui sont assurés par le régime public, qui pourraient payer plus et qui paient le plafond de contribution. Alors, oui, au départ, il faut dire qu'il y a actuellement une iniquité financière dû au fait qu'il y a deux régimes. Mais il y a aussi les gens qui sont couverts par le régime public et qui sont en dessous du seuil de pauvreté. Il y a une certaine catégorie de la population qui paie au-delà de ses revenus aussi. Je laisserais compléter par Mme Savary les modifications suggérées.

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Savary.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Bien, tout simplement vous mentionner qu'on a, dans les régies, des personnes qui viennent s'adresser à nous pour du dépannage et pour se faire aider parce qu'elles n'ont pas suffisamment de ressources pour accéder à leurs médicaments. Donc, la coassurance, entre autres, et les tarifs qui sont exigés au moment où ils se présentent à la pharmacie, pour eux, représentent un obstacle.

M. Marcoux: Merci. Maintenant, vous parlez évidemment beaucoup de la Revue d'utilisation des médicaments, il y a plusieurs groupes qui en ont parlé également, et je pense que tous les intervenants jugent que ce serait souhaitable. Vous parlez de financement aussi, à cet égard-là, vous dites: À condition de donner le financement. Il semble que c'est toujours une condition qui revient, premièrement, donc, quelle sorte de financement on devrait donner.

Mais, deuxièmement, moi, je m'interroge sur la faisabilité et l'impact de ça. Parce que, dès 1996, je crois, le ministre de la Santé de l'époque avait indiqué qu'il mettrait en place une politique du médicament, incluant la

Revue d'utilisation des médicaments, et tout ça, et on constate qu'il n'y a rien. Je me dis, là, il se passe quoi? Est-ce que c'est un discours qu'on a puis on dit: C'est souhaitable, et puis, bien, on verra dans deux ans, trois ans qu'est-ce qui va se passer? Alors, pourquoi il n'y a encore rien en place et on dit: Bien, oui, on devrait faire ça, mais finalement il ne s'est rien passé depuis trois ans? Est-ce que c'est parce que ce n'est pas faisable?

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Savary.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Je pense que la question...

Une voix: ...

Mme Lepage-Savary (Dolores): Oui, on ne peut pas résoudre la dernière partie de la question, ce n'est pas de notre autorité. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'il faut intensifier ces activités-là de revue d'utilisation des médicaments. Et j'attirerais votre attention sur le fait que ce sont des activités qui sont très bien acceptées par nos collègues médecins. Et c'est la seule façon efficace que je connais en ce moment, qui existe dans le réseau québécois, de modifier les pratiques au niveau du choix des médicaments. Alors, écoutez, moi, je pense qu'on doit de façon incontournable regarder ce qu'on peut faire pour mettre ensemble ces deux bijoux et, je pense, ces deux modalités d'intervention très efficaces. Il faut leur donner le soutien qui convient et les arrimer finalement à nos équipes de médecins ou de pharmaciens sur le terrain.

Dans les hôpitaux, nous n'avons pas cette problématique de manière aussi serrée parce que nous avons nos conseils de médecins, dentistes et pharmaciens qui se préoccupent d'intégrer dans la pratique par la suite les recommandations des revues d'utilisation. Mais il faut créer ce forum-là pour nos collègues en pratique privée également. Et, à ce point de vue là, je ne pense pas que des sommes astronomiques soient nécessaires. Consolider, par exemple, actuellement les deux réseaux avec les sommes qui sont déjà disponibles nous apparaîtrait déjà un bon début.

M. Marcoux: Merci. Peut-être une dernière question, Mme la Présidente, et je passerai la parole à mon collègue. Vous parlez également, à la page 20, de la création d'une commission médicopharmaceutique régionale, ce qui semble intéressant, et je pense que ça correspond aux objectifs que vous mentionnez, mais, ma question: Est-ce que c'est nécessaire que ce soit établi sur le plan strictement régional? Est-ce qu'on ne pourrait pas commencer par certaines politiques, je dirais, au niveau national, avec le Collège des médecins et les autres intervenants, les pharmaciens qui sont impliqués également, soit l'Ordre des pharmaciens, l'Association des pharmaciens propriétaires? Je me disais, au niveau régional, est-ce que ce n'est pas de morceler un peu... Je ne sais pas, je prends l'exemple dans la région de Montréal. Est-ce qu'à Laval, la régie régionale, on doit avoir

une commission médicopharmaceutique régionale, une à Montréal, une sur la rive sud? Quel est vraiment l'avantage de l'avoir morcelée comme ça?

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Savary, allez-y, je vous donne la parole.

M. Marcoux: Oui, oui.

Mme Lepage-Savary (Dolores): La question est extrêmement intéressante parce qu'il y a une raison fondamentale derrière cette recommandation. Cette raison cachée est le fait que, dans les études qui démontrent les impacts qu'ont les différentes stratégies sur les modifications de pratiques médicales — et mon collègue le Dr Drouin pourra confirmer — on sait qu'en revenant en rétrofeedback de manière locale avec les experts locaux et les collègues médecins et pharmaciens locaux, c'est là qu'on a la plus grande force de frappe. Si on y va de manière nationale, avec des grands comités nationaux, c'est tout le monde et personne qui se sentent interpellés, et, dans la pratique quotidienne de nos équipes, il n'y a rien qui change.

Je vous donne cette information-là basée sur des observations pratiques et également sur la littérature, qui nous démontrent que c'est pour ça que l'approche par région est probablement une approche gagnante. C'est certain qu'il ne faut pas alourdir les structures, et ce n'est pas ce qu'on propose, nous, par ça. On dit: Écoutez, ça pourrait être chaque régie qui s'organise pour s'assurer de créer les conditions facilitantes ou les conditions gagnantes pour faire en sorte que les effets des revues d'utilisation puissent avoir un impact sur les coûts de médicaments et sur leur utilisation optimale.

La Présidente (Mme Barbeau): M. Larouche.

M. Larouche (Alain): Il faut dire également qu'il y a déjà des structures régionales dans lesquelles les médecins se reconnaissent actuellement — la commission médicale régionale — et vont se reconnaître lors de leur opération — le Département régional de médecine générale — donc des structures où on donne une légitimité aux gens qu'on a nommés là. Et l'effet de l'information qui est retournée aux cliniciens sur le territoire est excessivement puissant dans le potentiel de changer les pratiques. Et c'est ce qu'on vise. On veut changer la capacité du médecin de prescrire le plus pertinemment possible et s'assurer que les résultats qu'il obtient par son geste sont les meilleurs possible.

La Présidente (Mme Barbeau): Alors, M. le député de Nelligan.

● (17 h 30) ●

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente, et merci beaucoup pour votre présentation et votre travail dans chaque région du Québec. Je sais que c'est assez difficile d'être une régie régionale, de coordonner toutes les choses, particulièrement avec toutes les coupures que

nous avons vues par ce gouvernement. Mais je ne mentionnerai pas toutes les coupures aujourd'hui ni les 841 millions cachés par le vrai ministre de la Santé. Mais il me semble qu'on doit vraiment se demander: Est-ce que le gouvernement est sérieux, dans ce cas?

Peut-être pour suivre un peu la question de mon collègue, j'aime l'idée d'une instance régionale pour discuter toutes les questions médicopharmaceutiques. Mais ça existe maintenant. Et la ministre a questionné, parce que le gouvernement, en fait, aime changer l'information nominative beaucoup. Ils ont fait beaucoup de choses comme ça. Mais il existe ici, au Québec, au moment où on se parle, beaucoup d'information déjà. Il y a toute l'information à la RAMQ, il y a les compagnies québécoises, comme j'ai mentionné la semaine passée — IMS — qui regroupent l'information. On le sait, on peut traquer, on peut suivre toutes les utilisations des médicaments.

Je voudrais savoir, maintenant, au moment où on se parle, est-ce que le gouvernement vous donne, aux régies régionales, l'information comment les médicaments sont utilisés chez vous? Je pense que vous n'avez pas besoin de toute l'information nominative, nous avons besoin juste des grandes tendances. Est-ce que vous avez accès à cette information, au moment où on se parle?

La Présidente (Mme Barbeau): M. Drouin.

M. Drouin (Denis): Alors, oui, il y a de l'information disponible, mais souvent c'est une information globale. Pour améliorer les pratiques professionnelles, pour influencer, il s'agirait d'avoir une information de qualité régionalisée. Souvent, les lois de l'accès à l'information ne permettent pas de préciser ou d'avoir des détails spécifiques. Alors, lorsque c'est autorisé, il faut avoir la collaboration des ordres professionnels, des fédérations et avoir des fichiers qui sont anonymes, et ça nous donne une information très globale.

Il y a simplement les revues d'utilisation des médicaments qui sont capables actuellement d'obtenir des clichés des pratiques professionnelles et de permettre de les comparer aux pratiques qui seraient optimales. C'est pour ça que le travail des revues d'utilisation des médicaments a permis d'obtenir déjà des photos de pratiques professionnelles, mais les budgets qui leur ont été donnés n'auront pas permis de diffuser cette information-là et de la faire utiliser par les gens qui étaient vraiment sur le terrain. On en serait vraiment, actuellement, à une seconde étape, qui serait de favoriser la diffusion de ces observations, et ceci aura un impact très puissant pour améliorer les pratiques et les rendre plus optimales.

M. Williams: Merci. Parce qu'il me semble que l'information existe et, si on peut trouver une bonne façon de rendre ça accessible à tout le monde, on peut prendre les bonnes décisions au bon moment.

Vous êtes les représentants de chaque régie du Québec, et je voudrais bel et bien comprendre votre position sur l'augmentation des primes et copaiements et franchises. Parce que vous avez cité le rapport Tamblin.

Est-ce que vous êtes pour ou contre l'augmentation? Parce que, s'il y a déjà des problèmes avec le taux, le niveau, maintenant, il me semble que nous allons avoir encore plus de difficultés. Je voudrais vraiment comprendre dans une réponse très vite: Est-ce que vous privilégiez une augmentation ou vous êtes contre une augmentation?

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Vallières.

Mme Vallières (Diane): On n'a pas abordé le problème dans ce sens-là. On a dit, et je pense que c'est un sens important de notre proposition, qu'il faut mutualiser les risques, les faire partager par l'ensemble. Et, à cet égard-là, on s'est prononcé sur la gratuité pour les personnes qui ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté et on dit: Procédons à un étalement différent des primes. Ce que ça donnera en bout de piste, en termes de contribution de l'ensemble des personnes, il faut le revoir, on n'a pas calculé ça et on n'a pas nécessairement les moyens de le faire actuellement, et on n'a pas senti que c'était de notre ressort de le faire, mais on n'a pas abordé la question sous l'aspect du régime actuel avec une augmentation de prime mais bien avec un régime différent.

M. Williams: Merci.

Mme Vallières (Diane): Pour compléter, s'il vous plaît, M. Larouche?

La Présidente (Mme Barbeau): M. Larouche.

M. Larouche (Alain): Je compléterai très rapidement pour dire aussi qu'on veut migrer vers un programme de santé et regarder l'implication de l'utilisation de cette technologie-là sur les complications, par exemple, qu'on peut éviter. Une étude américaine qui a été faite de manière très sérieuse sur 37,6 millions d'hospitalisations démontre qu'une complication très sévère a des coûts marginaux — je dis bien marginaux — de 25 000 \$US, une complication majeure. Alors, si on pouvait éviter une seule de ces complications-là, imaginez si on pouvait utiliser cette marge de manoeuvre là pour justement favoriser l'accès aux médicaments, par exemple... C'est ce genre d'approche là qu'on veut favoriser.

La Présidente (Mme Barbeau): M. Drouin, en complément.

M. Drouin (Denis): En fait, le rapport Tamblin a mis en relief que le fait d'avoir des frais, de la coassurance, tout ça, ça avait un impact sur les coûts de santé au niveau de l'hospitalisation, consultation à l'urgence, mais ça a simplement mis en relief un déterminant de la faible observance. La faible observance, c'est un phénomène prévalent très étendu. On calcule que près de 50 % des gens qui souffrent d'une maladie non symptomatique ne prennent plus leurs médicaments après un an. Ça, en conséquence, ça va entraîner ensuite de la

morbidity, de la consommation de coûts et une consommation de soins. Alors, il n'y a pas simplement les coûts et la coassurance qui sont les déterminants majeurs, il y a également les croyances, les barrières que les gens ont face à leurs médicaments, à leur maladie, le fait d'accepter ou non leur maladie et le support social qu'ils ont. Si, dans la famille, on leur dit: Ne prends pas ce médicament-là, tu vas guérir tout seul, tout ça, c'est très puissant.

Alors, c'est pourquoi le programme d'observance que nous proposons à la ministre est un programme qui vise à interpeller le réseau et à l'informer que, d'une façon multidisciplinaire et multifactorielle, à partir de maintenant, l'observance, ça va faire partie des pratiques médicales. Et ça, ça va améliorer les soins, ça va réduire la morbidité et ça va améliorer en conséquence le régime d'assurance maladie et des soins à la population.

La Présidente (Mme Barbeau): Il y a Mme Savary qui voulait ajouter? Brièvement.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Oui, tout à fait. Bien, écoutez, évidemment je pense qu'il faut regarder aussi les nouvelles composantes avec un étalement différent: De quelle façon on peut arriver aux objectifs d'autofinancement? Mais je pense qu'il va falloir considérer les coûts dans les autres éléments de santé aussi pour compléter si on n'arrive pas à un autofinancement total. Je pense qu'on a démontré ici qu'il y a des effets de prévention de coûts improductifs en investissant dans l'assurance médicaments. Et il faut vraiment que les conditions de stratégie concertée qu'on vous propose soient quand même mises de l'avant pour obtenir ces résultats-là. Et là on pourra, je pense, étaler les primes d'une manière logique et rationnelle par rapport aux objectifs d'autofinancement.

La Présidente (Mme Barbeau): Courte, courte, courte question.

M. Williams: Oui, merci, Mme la Présidente. Vous avez recommandé d'assurer la gratuité d'accès à l'antibiothérapie parentérale ambulatoire. Je présume que vous avez vu les problèmes avec la non-gratuité. Pouvez-vous expliquer plus encore les coûts humains et les coûts économiques que vous avez vus avec ce problème?

Mme Lepage-Savary (Dolores): En réalité, comme vous le savez, c'est un des moyens les plus fréquents qu'on utilise dans les hôpitaux pour faire sortir plus rapidement nos malades. Et, donc, la principale difficulté, c'est que ces médicaments-là coûtent très cher, qu'ils nécessitent une surveillance clinique serrée. Donc, on fait sortir le malade, on l'envoie à la maison, mais il n'est pas autonome complètement à la maison, il doit revenir soit au CLSC ou à l'hôpital pour la surveillance clinique, les réajustements des doses, et ainsi de suite.

Alors, les malades qui sont laissés à eux-mêmes ou qui doivent payer eux-mêmes par l'assurance médicaments

le remboursement de leurs médicaments refusent dans une grande proportion des cas de sortir de l'hôpital. Alors, les hôpitaux soit décident de fournir eux-mêmes aux malades pour préserver cette décision-là puis assurer un retour en ambulatoire ou bien le malade essaie de cogner à toutes les portes pour avoir une aide. Et très souvent, comme il s'agit d'antibiotiques, vous savez les conséquences d'une surinfection ou d'un retour à l'urgence d'un malade qui a cessé prématurément son antibiothérapie parce que c'est devenu trop compliqué. On demande au malade beaucoup d'efforts lorsqu'on lui demande d'accepter un traitement parentéral, intraveineux d'antibiotiques à la maison, avec une pompe puis des pansements puis des injections. Vous voyez. Alors donc, le malade a l'impression de jouer à l'infirmière, de jouer au docteur à la maison puis, en plus, de payer pour pouvoir s'offrir ce traitement-là.

M. Williams: Et vous n'avez pas évalué le coût de...

Mme Lepage-Savary (Dolores): On a évalué tout simplement le pourcentage de situations où ça se présente. Mais les coûts, c'est difficile à évaluer parce qu'il y a des antibiotiques qui coûtent très cher, d'autres qui coûtent moins cher.

M. Williams: C'est quoi, le pourcentage?

Mme Lepage-Savary (Dolores): Environ 5 % à 10 % des cas qui nous ont été référés sont des malades qui refusent, et on doit les réadmettre à l'hôpital ou les garder hospitalisés.

La Présidente (Mme Barbeau): Merci beaucoup. Alors, Mme la ministre, il vous reste cinq minutes.

Mme Marois: Merci beaucoup, Mme la présidente. Moi, je vais aller vers vos dernières recommandations, dont une que j'aime beaucoup évidemment, c'est le fonds pharmaceutique de santé et toute la question du partenariat. Souvent d'ailleurs les sociétés pharmaceutiques nous ont dit dans le passé et sont venues nous dire ici: On est prêts, nous, à collaborer, on veut faire des choses. Bon.

• (17 h 40) •

Ils sont bien conscients aussi qu'ils tirent de leurs investissements des revenus considérables bien sûr, en plus du fait qu'ayant ce régime d'assurance médicaments ça fait en sorte que ça ouvre à un plus grand marché. Il faut être conscient de ça, puisqu'il y a une obligation de participer à un régime, qu'il soit le régime public ou privé, actuellement, et, comme les médicaments sont couverts et inscrits aux listes, il y a un intérêt pour eux. Mais, en même temps, et je pense qu'ils sont tout à fait de bonne foi à cet égard, ils veulent bien participer si on leur offre la possibilité de le faire.

Ils nous ont identifié des programmes comme ceux auxquels vous faites référence à la page 30 de votre mémoire, où on a des expériences assez intéressantes, par

exemple le réseau intégré de centres d'enseignement de l'asthme, on en a parlé, ici. Vous parlez, ici — celui-là je ne le connaissais moins — des soins pharmaceutiques pour les patients insuffisants cardiaques en Estrie, CHOPIN, etc.

D'abord, une première question. Vous ne voyez pas de question d'éthique là et vous pensez que ça peut s'encadrer, les questions que ça pourrait soulever. Parce que évidemment c'est la promotion d'un médicament par une ou deux entreprises ou d'un type de médicament pour quelques entreprises, et, dans ce sens-là, j'imagine que vous avez réfléchi à ce qu'on devrait pouvoir proposer comme encadrement ou retenir comme encadrement.

Mme Vallières (Diane): Je pense que les expériences qui sont en cours actuellement nous permettent de dire que, oui, c'est possible d'encadrer l'intervention de la contribution des compagnies pharmaceutiques et, sur le plan éthique, effectivement de positionner les choses pour que ce soit acceptable dans un système public. Mais je laisserais peut-être Mme Savary compléter.

La Présidente (Mme Barbeau): Mme Savary.

M. Lepage-Savary (Dolores): Mme la ministre, je suis contente de la question parce que, moi, j'y crois fermement à ça. Je pense que les compagnies pharmaceutiques sont des bons citoyens corporatifs.

Mme Marois: Tout à fait.

M. Lepage-Savary (Dolores): Et je pense qu'on peut leur demander d'investir en santé mais de la façon dont le ministère de la Santé et le réseau pensent que ça peut être le plus contributoire. À cet effet, la suggestion de créer un fonds pharmaceutique de santé vient du fait qu'on pourrait peut-être s'entendre avec les industries pour qu'il y ait un réinvestissement d'un pourcentage, peut-être, des bénéfices sur les nouveaux médicaments ou sur certaines médications qui sont très populaires et demander, à ce moment-là, de gérer ce fonds-là d'une manière, je dirais, indépendante en intervenant avec un représentant des régies régionales, du ministère de la Santé, des industries, des malades, des représentants de malades, des représentants également des corporations médicales, pharmaceutiques et autres, qui pourraient décider de quelle façon on dépense ces sous-là. Mais on créerait ce fonds-là pour qu'il soit constamment renouvelé en mettant une somme en fiducie et l'autre somme en dépenses annuelles.

Mme Marois: On commence à connaître ça d'ailleurs, les fiducies, maintenant.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lepage-Savary (Dolores): Alors, comme vous avez de la pratique déjà dans cette mécanique, je vous proposerais peut-être qu'on constitue de cette façon un petit trésor québécois sur cinq ans, 10 ans, 15 ans et

pour lequel tout le monde retrouve son compte. Parce que je pense que l'industrie pharmaceutique veut faire sa part aussi. Maintenant, c'est à nous de déterminer avec eux de quelle façon ça ne cause pas de problème d'éthique ou de problème de conflit d'intérêts. Et je pense que ça, c'est possible. Effectivement, on a des exemples dans d'autres pays puis on a aussi, je pense, des messages en ce sens-là par les petits projets locaux qu'on vous a proposés ici.

Mme Marois: Mais dans ces petits projets, qui sont quand même importants, vous pensez que vous atteignez les cibles en termes de bonne utilisation, justement, du médicament et d'éducation à l'utilisation des médicaments concernés?

Mme Lepage-Savary (Dolores): Oui. Sauf que ce qu'il nous manque, finalement, c'est peut-être une gestion beaucoup plus globale, incluant les usagers, qui permettrait, à ce moment-là, de consacrer peut-être une partie de ces fonds-là aussi dans une campagne de sensibilisation...

Mme Marois: C'était la recommandation précédente.

Mme Lepage-Savary (Dolores): ...pour l'observance thérapeutique. Vous voyez qu'on a de la suite dans les idées.

Mme Marois: C'est bon. C'est bon.

Mme Lepage-Savary (Dolores): Ce qu'on vous propose est interrelié. Ce sont des stratégies concertées, et c'est véritablement là la perspective nouvelle qu'on vous apporte.

Mme Marois: Je trouve ça très intéressant.

La Présidente (Mme Barbeau): ...Mme la ministre.

Mme Marois: Oui, j'ai terminé, Mme la Présidente. Effectivement, il y a plusieurs aspects, je l'ai dit, et c'était sans flagornerie, il y a plusieurs éléments que vous suggérez qui sont très intéressants dans votre mémoire, et celui-là est peut-être une piste sur laquelle on pourrait élaborer davantage et qui pourrait nous permettre de poser des gestes structurants, effectivement, quant à l'utilisation adéquate du médicament et à des expériences autres, vous le mentionnez d'ailleurs, cliniques, à cet égard-là. Alors, je vous remercie pour votre excellente contribution.

La Présidente (Mme Barbeau): Alors, merci, messieurs, mesdames de la Conférence des régies régionales. Et j'ajourne les travaux au mardi, 21 mars 2000, 9 h 30. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 45)