



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 21 mars 2000 — N° 35

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (8)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des
commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 21 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Ostéoporose Québec	1
Protecteur du citoyen	9
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	16
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	22
Fédération des ACEF du Québec (FACEF)	30
Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec (RESQ)	38
Syndicat de la fonction publique du Québec inc. (SFPQ)	46

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
M. Yves Beaumier, vice-président

Mme Pauline Marois
M. Yvon Marcoux
M. Russell Williams
M. Russell Copeman
Mme Diane Barbeau

- * Mme Suzanne Hébert, Ostéoporose Québec
- * M. Daniel Picard, idem
- * M. Daniel Myhal, idem
- * Mme Lucie Lavoie, bureau du Protecteur du citoyen
- * M. Guy MacDonald, idem
- * Mme Lyne Chassé, idem
- * Mme Claudette Carboneau, CSN
- * Mme Hélène Choquette, idem
- * Mme Nathalie Joncas, idem
- * M. Rénauld Dutil, FMOQ
- * M. Jean-Maurice Turgeon, idem
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * Mme France Latreille, FACEF
- * Mme Monique Émond, idem
- * Mme Denise Sicard, idem
- * Mme Monique Villemare, idem
- * Mme Martine Caplette, RESQ
- * M. Jacques L'Espérance, idem
- * M. Gilles Chevalier, SFPQ
- * M. Gilles Lavoie, idem
- * M. Éric-Jan Zubrzycki, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 21 mars 2000

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

(Neuf heures trente-six minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît. Nous allons débiter nos travaux dans quelques minutes. Alors, je vous souhaite la bienvenue et je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie aujourd'hui afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le rapport d'*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) sera remplacée par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie. Alors, je vous fais lecture de l'ordre du jour. Nous rencontrons, à 9 h 30, *Ostéoporose de Québec*; 10 h 15, *Protecteur du citoyen*; 11 heures, *Confédération des syndicats nationaux*; 11 h 45, *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. On suspendra à 12 h 30. À 15 h 30, *Fédération des ACEF*; 16 h 15, *Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec*; et à 17 h, le *Syndicat de la fonction publique du Québec*. Une très bonne journée.

Auditions

Alors, sans plus tarder, je demanderais à Mme Suzanne Hébert, qui est présidente du conseil d'administration d'*Ostéoporose Québec*, de nous présenter premièrement les gens qui l'accompagnent. Et, Mme Hébert, vous disposez d'une trentaine de minutes pour votre exposé. Je m'excuse, 15 minutes...

Mme Hébert (Suzanne): Quinze minutes.

Une voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...et par la suite les membres pourront échanger avec vous pendant une trentaine de minutes. Alors, je vous cède la parole, Mme Hébert.

Ostéoporose Québec

Mme Hébert (Suzanne): Alors, je vous remercie beaucoup d'abord de nous avoir invités. Vous m'avez fait paniquer un petit peu quand vous avez dit 30. J'ai dit: Ah!

bien, je vais parler très, très lentement. Le 15 est un peu mieux.

Alors, je suis accompagnée du Dr Daniel Myhal, qui est président du conseil scientifique d'*Ostéoporose Québec* et qui est un rhumatologue dans la région de l'Estrie, du Dr Daniel Picard, qui est vice-président du conseil d'administration d'*Ostéoporose Québec* et un spécialiste en médecine nucléaire au CHUM, à Montréal, et finalement de M. Charles Draper, qui est le directeur général par intérim d'*Ostéoporose Québec*, actuellement.

Alors, comme je disais — j'enlève et je mets mes lunettes, c'est les problèmes de vieillir, n'est-ce pas — j'aimerais vous remercier de nouveau de nous avoir invités, parce qu'évidemment, pour nous, l'ostéoporose, c'est un problème, c'est une maladie qui est extrêmement importante et de pouvoir vous présenter la problématique de notre point de vue, je pense que c'est une occasion extrêmement importante. J'imagine que tout le monde sait ce qu'est l'ostéoporose, mais en deux phrases, là, pour... C'est une maladie qui affaiblit graduellement les os, qui fragilise les os, qui les rend poreux et qui éventuellement augmente les risques de fractures. C'est à la suite de ces fractures — on parle toujours de fractures particulièrement au niveau de la hanche, à la colonne vertébrale — que les douleurs et les déformations s'installent éventuellement. Vous pensez tous aux vieilles dames au dos tout courbé, qui ont de la difficulté à marcher, avec les hanches cassées, etc. Donc, l'ostéoporose éventuellement peut causer l'invalidité et une perte presque complète d'autonomie.

• (9 h 40) •

Les complications occasionnées par les fractures de la hanche, par exemple, causent la mort d'environ 20 % des personnes atteintes d'ostéoporose. C'est quand même des chiffres importants. Une femme sur quatre et un homme sur huit seront touchés par l'ostéoporose après 50 ans. On parle donc d'une population de Québécois et de Québécoises atteinte d'environ 350 000 et de peut-être 500 000 personnes qui risquent d'être atteintes d'ostéoporose.

Notre organisme est un organisme avant tout d'éducation. Nous offrons des programmes à la population, nous travaillons avec les professionnels de la santé pour promouvoir l'identification des facteurs de risque pour beaucoup favoriser les modifications des habitudes de vie de la population, la prise en charge, favoriser un diagnostic précoce et éventuellement conseiller les personnes atteintes ou à risque et les référer.

L'ostéoporose, particulièrement avec le vieillissement de la population, il y a vraiment un cri d'alarme. C'est un problème actuel, c'est un problème qui probablement va aller en augmentant, et, non traitée — parce qu'elle est maintenant traitable et c'est de ça qu'on va

surtout vous parler — c'est une véritable bombe à retardement. Or, au cours des dernières années, je dirais la dernière décennie et même les derniers cinq ans, la dimension médicaments est devenue extrêmement importante dans le traitement de l'ostéoporose. J'aimerais passer la parole au Dr Picard, qui peut justement peut-être présenter la problématique des médicaments.

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

M. Picard (Daniel): Merci. Il faut voir que l'attitude médicale vis-à-vis l'ostéoporose a changé énormément depuis les 10 dernières années et les 15 dernières années. Lorsque j'ai commencé à oeuvrer dans ce domaine-là, en 1985, on commençait à peine à savoir diagnostiquer l'ostéoporose. En effet, avant ces années-là, la seule façon de savoir si une patiente était ostéoporotique, c'était d'observer chez elle ses fractures. On ne pouvait en aucune façon prévenir la diminution de la masse osseuse, on ne pouvait pas la prévoir. Et c'est à ce moment-là, en 1985, que sont apparus sur le marché des ostéodensitomètres, des appareils qui nous ont permis de reconnaître les personnes à risque d'ostéoporose avant même que celles-ci aient des fractures. Donc, c'était tout un avancement. Pour une fois, l'ostéoporose était diagnosticable. Les seuls traitements alors qui étaient disponibles en 1985, c'était la prise de calcium, de vitamine D dans le lait et d'oestrogènes. On parlait aussi sur les habitudes de vie: faire de l'exercice, cesser de fumer, toutes des façons de faire pour essayer de diminuer l'incidence de l'ostéoporose.

Il n'y avait aucun moyen thérapeutique qui était alors disponible, mais l'espoir était permis. On voyait l'apparition d'un nouveau médicament qui justement pouvait nous aider à combattre l'ostéoporose. D'un phénomène normal de vieillissement qui était enseigné dans les facultés de médecine ou qui n'était pas enseigné dans les facultés de médecine en 1980, l'ostéoporose est devenue une maladie qui pouvait être diagnostiquée et traitée. Nous autres, à ce moment-là, comme société, on faisait la promotion de la prévention et du diagnostic. Avec les années, les médicaments sont devenus une dimension importante de notre mandat, à mesure que ceux-ci apparaissaient sur le marché. Nous nous devons, en tant que société, de promouvoir toutes les mesures utiles de thérapie, dont l'accès aux médicaments prouvés efficaces. Il était et il est encore important de diffuser l'information concernant ces traitements auprès de la population, car la maladie est peu connue, même chez les médecins — ça a commencé à être enseigné à l'Université de Montréal dans les dernières années — et les traitements ne sont souvent pas offerts aux patients qui en souffrent ou qui même ne savent même pas qu'ils en souffrent, parce que les médecins ne pensent pas de même d'en faire la mesure de la masse osseuse, d'essayer de diagnostiquer la maladie.

Pour nous, un médicament égale investissement. C'est un choix thérapeutique qui évite d'autres dépenses en santé qui sont très dispendieuses. On parle de 20 % qui

décèdent des complications des fractures de la hanche. On parle de 20 % des gens qui perdent leur autonomie, qui doivent être mis — on dit souvent mises parce qu'on pense aux femmes, mais les hommes, ça va être un problème bientôt — qui doivent être transférés en maison d'accueil pour nécessiter des soins de longue durée. Or, ça, on parle d'énormément d'argent, d'énormément de capitaux qui sont investis dans ce type de traitement. Dans le cas de l'ostéoporose, on peut dire que les médicaments sont les seuls choix qui sont valables et efficaces dans la prévention et le traitement de la maladie. Ils diminuent l'incidence de fractures nouvelles. On parle de médicaments qui diminuent de 50 % l'incidence de fractures. La prévention de l'ostéoporose par ces médicaments est meilleure que la prévention par des changements des habitudes de vie. Donc, en fin de compte, on a une façon de les prévenir qui est meilleure que tout ce qu'on peut même enseigner à nos patients. Il ne faut pas éviter de changer nos habitudes de vie, mais il faut bien se rendre compte que les médicaments sont plus efficaces.

Les traitements contre l'ostéoporose donnent des résultats supérieurs aux traitements que l'on donne en prévention des maladies cardiovasculaires, par les hypocholestérolémiants et les antihypertenseurs. On a des médicaments très efficaces. Et Dieu sait que personne ici ne se pose des questions pour savoir: Est-ce qu'on doit, oui ou non, rendre disponibles les médicaments contre les maladies cardiovasculaires? On a ici des médicaments qui sont plus efficaces que ceux qu'on utilise couramment pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Le médicament, pour nous, n'est pas un problème mais une solution à privilégier. En fin de compte, c'est le choix thérapeutique qui est le plus efficient. Les médicaments sont de plus en plus spécifiques dans leurs actions et sont de moins en moins accompagnés d'effets secondaires. Les médicaments sont théoriquement toujours accessibles, contrairement à une salle d'opération, à un médecin ou à un centre d'accueil. Ostéoporose Québec ne peut donc que faire la promotion des médicaments et essayer de les rendre accessibles à l'ensemble de la population. Je vous laisse sur ce fait. Je passe la parole au Dr Myhal.

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

M. Myhal (Daniel): Merci. À Ostéoporose Québec, nous ne voulons pas un médicament en particulier, etc., ce que nous voulons, c'est l'accessibilité à un maximum de médicaments, que ce médicament soit nouveau, comme ce que nous sortent les compagnies pharmaceutiques, ou vieux, comme le calcium, les hormones, quelle que soit sa forme, en comprimés, en suppositoires, en injections, quel que soit son prix. Jusqu'à un certain point, il faut en avoir pour son argent, mais ce que nous voulons, c'est le maximum de médicaments disponibles, si idéalement on devait offrir la thérapie la plus appropriée à chaque patiente pour un traitement optimal, au meilleur coût, parce que le traitement d'ostéoporose il faut l'adapter à la patiente. Ce n'est pas comme un bas-culotte, grandeur

universelle «one size fits all». Le traitement doit être ajusté par la patiente parce qu'il faut tenir compte des non-réponses, parce que ce n'est pas toute patiente qui va répondre à chaque traitement. Il y a une question d'intolérance. Parfois, un médicament peut avoir des effets indésirables, que ce soit la nausée, que ce soit le mal de coeur, que ce soit n'importe quel symptôme et il faut aussi que la patiente soit prête à le suivre parce que parfois ce n'est pas facile d'expliquer la réticence de la patiente. Moi, j'ai des patientes qui disent, par exemple: Les hormones, oui, docteur, je vais les prendre. Alors, elles les prennent un petit bout de temps puis, un an après, elles ne les prennent plus. Pourquoi? Elles sont parfois capables d'expliquer la raison, mais parfois c'est simplement une sensation intérieure que ce n'est pas normal de continuer des hormones quand la nature les a arrêtées. Il y a d'autres patientes qui ont des effets indésirables avec d'autres médicaments. Alors, il faut adapter le traitement selon les conditions, selon ce que est acceptable à la patiente et au médecin.

● (9 h 50) ●

Les listes d'exceptions, comme vous le savez, sont des entraves administratives à l'accessibilité. C'est, comme on dit souvent, un dos d'âne bureaucratique; ça ralentit les prescriptions. C'est un fait. Et les formules d'exception ont mauvaise réputation, c'est une inefficacité, c'est compliqué et ce n'est pas aimé de personne. Les effectifs pourraient aussi facilement être employés à de la promotion ou à de l'éducation. L'exception ou le médicament d'exception doit demeurer une exception. Quand c'est rendu qu'une patiente ne veut pas tel médicament pour telle raison, une autre ne le veut pas pour telle raison, une autre ne le veut pas ou ne peut pas le prendre pour telle raison, on est réduit, à un moment donné, à des médicaments d'exception. Or, il faut que ce soit des médicaments vraiment d'exception. Il est difficile de justifier à un patient ou que ce soit nous qui le justifions ou que ce soit la patiente elle-même qui le considère qu'un médicament qui est reconnu par le DGPS, qui est remboursé par les assureurs privés, dont les patients connaissent l'existence parce que soit ça se dit dans le public, soit parce qu'ils ont vu les annonces, de leur dire: Non, ce médicament n'est pas disponible pour vous. C'est mal perçu et, comme je vous dis, ça crée un froid, une irritation généralisée.

En janvier dernier, vous savez que la rumeur a couru que le CCP allait tout réviser les médicaments. On n'a pas eu beaucoup de nouvelles, mais, dans le doute, vous savez que toutes les hypothèses se valent. D'un côté, on entendait dire que, oui, ils vont revenir aux hormones et pas d'autres choses. À un moment donné, jusqu'à l'autre bout, c'était: On va garder le statu quo. Heureusement, et je vous en félicite, ça a été très bien évalué, vous avez non seulement gardé les médicaments qui sont couramment utilisés, vous avez ajouté l'Evista, qui a sa place, myocalcin, qui a sa niche, et le carbonate de calcium, qui est d'usage généralisé. Alors, pour ceci, on vous remercie, et nous en sommes très heureux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous voulez ajouter autre chose, Mme Hébert?

Mme Hébert (Suzanne): Oui, peut-être, juste pour terminer. La recherche en ostéoporose actuellement est extrêmement excitante et extrêmement dynamique. Comme le disait le Dr Picard, il y a cinq ou six ans, les médicaments étaient à peu près non existants, sauf certains médicaments plus traditionnels: les traitements hormonaux. Il y a de nouveaux médicaments qui apparaissent régulièrement sur le marché. À Ostéoporose Québec, nous savons qu'il y a des recherches qui sont présentement en cours et que de nouveaux médicaments devraient être prêts d'ici quelques années. Et, pour moi, par exemple, moi, je souffre d'ostéoporose, j'ai été diagnostiquée il y a quatre ans, je prends de médicaments et je suis allée chez mon médecin hier, en fait, pour avoir mes résultats. Aucun rapport, c'était simplement: Dieu est bon et le timing était excellent et mon niveau de masse osseuse personnelle — c'est carrément grâce aux médicaments, puisque c'est ce que je fais, c'est ce que je prends — a augmenté presque au point où je ne suis plus ostéoporotique. Et j'attends d'autres médicaments qu'on nous promet éventuellement, qui pourraient même être peut-être plus efficaces.

Alors, je compare ça, je compare les résultats de cette recherche, une partie de cette recherche qui a été faite au Québec, et je compare, par exemple, l'effet. Ma mère est morte suite à une opération due à l'ostéoporose et évidemment que c'était une personne âgée et, pendant toute sa vie, il n'y en avait pas de médicaments, il n'y avait pas de solutions. Et elle s'est cassé une première hanche et elle s'est cassé une deuxième hanche, elle est morte sur la table d'opération, et je dis: Oui, c'est extrêmement important que d'abord le Québec continue à supporter cette recherche et que les médicaments, la panoplie actuelle des médicaments et la panoplie future de médicaments soient disponibles à toute la population, que ce soit des gens comme moi qui ont un système privé ou que ce soit des gens qui dépendent du système universel, c'est extrêmement important. Et à moyen terme et à long terme, c'est sûr que les coûts seront moindres que les coûts qui vont être causés par les opérations, par 10 ans, comme ma mère en soins prolongés. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Mme Hébert, pour votre témoignage. Alors, nous partagerons le reste du temps en parts égales entre les deux groupes parlementaires. Sans plus tarder, je cède la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Alors, je vous souhaite la bienvenue à notre séance de travail ce matin. Votre témoignage est fort intéressant et dit justement l'avancée des sciences pour traiter autrement des maladies ou même pour les traiter simplement, alors qu'il n'y avait pas de possibilités d'intervention par le passé. Et, dans le fond, c'est de l'espoir aussi, il faut bien se dire, pour beaucoup d'autres maladies comparables ou d'un autre ordre et qui, par des découvertes qui sont de plus en plus nombreuses, parce qu'on investit en recherche, permettront que des gens puissent vivre en santé et aient une qualité de vie intéressante et pendant longtemps.

D'abord, sur la question des médicaments et de l'évaluation qui a été faite, je vous remercie de l'avoir souligné. Effectivement, il y a des recommandations qui nous sont faites et qui sont reçues très positivement, alors ça vous donne une idée pour la suite des choses, ça va de soi, et on est très satisfait de cela. Et ma première question, elle va justement porter sur cet aspect de notre responsabilité qui est le fait qu'on soumette les médicaments avant de les inscrire à une série d'évaluations. Et, à ce moment-là, est-ce que vous croyez d'abord qu'on doit continuer à le faire, soumettre tous les médicaments? Parce que c'est ce que nous faisons actuellement, on soumet tous les médicaments à un processus d'évaluation avant de les inscrire sur une liste. On a toujours le loisir cependant, même si les recommandations ne sont pas positives, de procéder quand même, mais il reste que le processus pour l'instant doit être suivi par tous les médicaments que nous inscrivons ou n'inscrivons pas sur la liste. D'abord, un, êtes-vous d'accord avec que ce processus puisse continuer même s'il amène des retards parfois dans l'inscription de certains médicaments?

Et, dans les mémoires ou dans les rapports d'évaluation que nous avons faits, on a proposé des critères pour réviser un peu la façon d'évaluer les médicaments... je vous les rappelle: sécurité, efficacité, rapport coût-efficacité, impact économique net et valeur sociale. Est-ce que vous avez eu l'occasion de vous pencher sur cet aspect-là de la réalité de l'utilisation du médicament?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Hébert ou Dr Picard?

Mme Hébert (Suzanne): Bien, je me tournerais peut-être plus au Dr Picard ou au Dr Myhal.

M. Picard (Daniel): Comme tel, comme société, on ne s'est pas penché spécifiquement sur ces problèmes-là. Quand même, lors de nos revendications, lorsqu'on appuyait l'utilisation d'un médicament auprès justement du Comité de pharmacologie, on avait quand même pour attitude de dire: Si le médicament était accepté comme un médicament efficace au niveau canadien, au niveau de la DGPS, sans doute ce médicament-là devrait être efficace au niveau du Québec aussi.

Et ce qu'on s'est aperçu, c'est que, en fin de compte, on a eu plein de médicaments qu'on a eus plus rapidement au Québec, même que dans certaines provinces du Canada, soyons logiques, le Fosamax, ça a été un des premiers médicaments qui ont été remboursés au Canada, donc d'une certaine ouverture par le Comité. Donc, dans cette optique-là, nous ne pouvons qu'en être fiers. Est-ce que, en fin de compte — et c'est là que mon expérience du comité pharmacologique, je l'ai passée — il y a eu des médicaments qui ont été acceptés au Canada et qui ont été totalement refusés au niveau du Québec? Je ne le sais pas. Mais il me semble que, s'il est reconnu comme efficace, il devrait être disponible. Et, à un moment donné, d'une

façon ou d'une autre, les médecins, j'espère, mais en général, vont pouvoir distinguer un médicament efficace d'un médicament qui l'est moins.

• (10 heures) •

Dans ce contexte-là de médicaments qu'on utilise à long terme, etc., c'est sûr des fois que la différence entre médicaments est minime. Des fois, un se digère mieux que l'autre, l'autre, il est plus facile à prendre. Mais, lorsqu'on parle de médicaments qu'on prend pendant cinq ans, 10 ans, 15 ans, c'est majeur. C'est pour ça que même ces petites différences là, qui peuvent entraîner des fois des coûts différents, favorisent une «compliance» du patient à ces médicaments-là, qui fait qu'en fin de compte on traite quelque chose plutôt que de traiter théoriquement une maladie, et qu'en fin de compte les gens ne veulent pas prendre leurs médicaments.

Le meilleur exemple, c'est les oestrogènes: 85 % des femmes abandonnent leurs oestrogènes après deux ou trois ans, tellement que les oestrogènes ne sont pas considérés comme efficaces dans la prévention de l'ostéoporose au niveau de la population parce qu'on n'est pas capable de faire prendre les médicaments par les gens. Vous comprenez que, si on a un médicament qui se prend bien, que les gens vont prendre d'une façon régulière, même s'il coûte plus cher, au moins on va avoir un résultat efficace au bout de 10, 15 ans. On n'aura pas tout simplement perdu notre argent, même si c'est 500 \$ plutôt que 10 000 \$, mais 500 \$ qui ne serviraient absolument à rien, puisque les gens l'auraient abandonné, et on n'aurait aucun effet positif du médicament qui a été cessé après quelque temps.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Picard. Mme la ministre.

Mme Marois: Oui, c'est ça. Cependant, je comprends bien que vous... D'abord, juste une information pour qu'on parte du même point de vue, qu'on ait les mêmes éléments. Effectivement, le Québec inscrit quatre fois par année des nouveaux médicaments à sa liste, et c'est l'endroit, je pense, à travers le Canada où on en inscrit le plus et le plus rapidement. Je ne crois pas qu'on en ait rejeté que d'autres auraient acceptés par ailleurs et qui seraient déjà inscrits à la liste d'autres provinces. Ça pourrait être une exception si c'était le cas. Je me tourne vers la personne qui est particulièrement responsable de ce dossier au Conseil consultatif de pharmacologie et qui est donc au fait de tout ce qui s'y passe.

Mais je comprends bien que vous n'avez pas d'objection par ailleurs à ce qu'il y en ait une, évaluation de notre part.

M. Picard (Daniel): Si elle n'est pas trop restrictive, je n'ai pas de problème.

Mme Marois: D'accord. Et, sur les nouveaux critères, vous ne les avez pas nécessairement analysés d'une façon serrée ou regardés de façon précise.

M. Picard (Daniel): C'est difficile, et, vous savez, même cette pharmacoeconomique-là est très difficile à réaliser, est très complexe.

Mme Marois: Oui, oui, elle est très complexe, on s'entend bien.

Je reviens maintenant à — et ça revenait dans vos interventions tout à l'heure aussi... Dans votre petit document, la lettre que vous nous aviez fait parvenir, vous dites: «L'usage optimal des médicaments passe notamment, mais nécessairement, par l'éducation de la population et par la formation continue des professionnels de la santé», et vous dites que les organismes de santé, les associations professionnelles, les instances publiques peuvent agir collectivement pour mettre en place des programmes éducatifs.

Il y a eu beaucoup de représentations qui nous ont été faites ici par, entre autres, des entreprises pharmaceutiques, des compagnies pharmaceutiques, qui nous ont dit vouloir être associées à ce type d'interventions, et même certaines de ces entreprises vivent des expériences assez intéressantes d'une utilisation optimale de certains médicaments, de son suivi, etc.

Est-ce que vous croyez qu'effectivement l'industrie pharmaceutique a un rôle à jouer à cet égard? Est-ce qu'il n'y aurait pas un risque de pression sur la consommation à la hausse de certains médicaments, compte tenu de l'expérience que vous avez pu avoir jusqu'à maintenant?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Picard ou Dr Myhal.

Mme Hébert (Suzanne): Je peux peut-être répondre. À Ostéoporose Québec, nous travaillons avec les compagnies pharmaceutiques, nous recevons du financement de compagnies pharmaceutiques pour nos programmes d'éducation. D'ailleurs, petite note, nous en recevons très peu du gouvernement du Québec.

Mme Marois: Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Hébert (Suzanne): Ça pourrait être...

Mme Marois: Ce n'est pas spécifique à vous. Ha, ha, ha!

Mme Hébert (Suzanne): Ça pourrait être intéressant de... Ha, ha, ha!

Mme Marois: Si on faisait des profits, peut-être qu'on pourrait... Ha, ha, ha! Non, trêve de plaisanteries.

Mme Hébert (Suzanne): Mais, donc, oui, et je pense que... Et pour nous, c'est une contribution qui est extrêmement importante. Nous avons quand même des règles qui sont très strictes. Nous ne faisons jamais la publicité pour un médicament en particulier, nous ne

faisons même pas de publicité ou d'éducation pour une classe de médicaments. Je veux dire, la collaboration que nous avons avec les compagnies pharmaceutiques est vraiment très générale, c'est vraiment un appel au public, une éducation au public qui, de la part, par exemple — juste pour vous donner un exemple... qui est tellement peu directe que nous pouvons recevoir un financement d'une compagnie pharmaceutique qui produit un médicament pour l'ostéoporose, mais notre information vise en fait à amener les gens à boire du lait et manger du fromage. Donc, il n'y a vraiment pas ce lien direct. Oui, je pense que dans la situation actuelle, c'est une collaboration qui est extrêmement importante, et je pense qu'il n'y a vraiment pas... En tout cas, nous n'avons jamais vécu, de la part de l'industrie pharmaceutique, la moindre pression pour justement faire des liens beaucoup plus directs entre le produit, dans nos programmes d'éducation publics.

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

Mme Marois: Oui. Brièvement peut-être, même si c'est une question très large. Vous avez peu parlé du régime d'assurance médicaments lui-même. Vous vous êtes concentrés évidemment sur la question de l'ostéoporose et de ce que vous croyez utile qu'on doive faire pour aider soit à la prévenir ou du moins à faire en sorte qu'elle ne se développe pas et que, même, des gens puissent vivre avec cette réalité-là sans en être incommodés ou sans en avoir les aspects négatifs. Mais de façon générale votre évaluation du régime d'assurance médicaments lui-même, est-ce que vous considérez que c'était une saine ou une sage décision que d'implanter un tel régime? Est-ce qu'il a eu des répercussions positives pour les gens qui sont membres de votre association ou que vous représentez?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Hébert.

Mme Hébert (Suzanne): Encore là, on n'a pas vraiment de position en tant qu'organisme. Et puis là je vais peut-être parler plus personnellement ou du résultat de discussions que nous avons eues. Je pense que, oui, le régime est extrêmement important. Le régime a des problèmes énormes actuellement. Il a des problèmes de financement qui étaient ou qui n'étaient pas prévisibles. Il y a probablement eu des répercussions d'une certaine façon, je n'ai pas de chiffres, des répercussions un peu négatives, parce que c'est souvent quelque chose qui atteint les personnes âgées, donc les personnes de plus de 50 ans, les femmes, entre autres, ménopausées, etc. Donc, le système actuel était moins cher pour les personnes âgées dans sa forme originale qu'il l'est devenu par la suite.

Mais, oui, je pense que c'est extrêmement important, que c'est socialement, politiquement et économiquement extrêmement important d'avoir un régime de ce type. Si les médicaments continuent à être disponibles et le sont encore plus, si le gouvernement — comme je disais, c'est

une décision politique, sociale et économique — décide de sa politique de coût, que ce soit d'augmenter les primes, coassurances ou quoi que ce soit, mais trouve en même temps une façon d'assurer, que ce soit directement par le régime ou autrement, aux personnes économiquement faibles l'accessibilité aux médicaments, donc dans le régime ou à l'extérieur, oui, je veux dire, c'est une nécessité sociale d'avoir ce type de service.

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

Mme Marois: Merci. Ça va.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Mme Hébert et vos collègues. Merci de votre présentation. Il est bien sûr que l'ostéoporose, dans le contexte du vieillissement de la population, je pense, est une maladie pour laquelle il est important de fournir ou d'avoir accès aux meilleurs médicaments possibles. Dans ce cadre-là, il y a certaines mesures qui ont été évoquées par la ministre pour contrôler les coûts des médicaments, notamment, par exemple, l'adoption de la méthode dite du prix de référence pour rembourser les médicaments. On a évoqué également la modification possible de la liste du prix le plus bas plus cinq ans qui existe au Québec. Les compagnies pharmaceutiques nous disent que ce serait un facteur qui pourrait être négatif en ce qui a trait au développement de la recherche pharmaceutique au Canada, évidemment de ne pouvoir arriver avec de nouveaux médicaments.

Est-ce que vous pourriez nous faire vos commentaires sur ces deux aspects là, c'est-à-dire le prix de référence et également l'autre, qui est le bas prix plus cinq ans?

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

● (10 h 10) ●

M. Picard (Daniel): Vous savez, nous, comme organisme, ce que l'on espère, c'est que la recherche continue. À ce moment-là, on commence à mélanger un petit peu une notion économique, d'une notion sociale, d'une notion de paiement de médicaments. Parce qu'on commence à mélanger les ministères. C'est le ministère du Développement et du Commerce qui commence à se mélanger avec le ministère de la Santé à un moment donné. C'est qu'on essaie par le financement des médicaments de favoriser la recherche, etc., si on est sur ce plan-là.

Si vous me demandez notre opinion, c'est qu'évidemment plus il va y avoir de nouveaux médicaments, plus je vais favoriser la recherche, plus je vais être content de pouvoir offrir à mes patients, patientes qui souffrent d'ostéoporose de nouvelles avenues thérapeutiques. Donc, les solutions qui favorisent la recherche sont pour moi les solutions gagnantes, et là je

parle de mon point de vue personnel, surtout, on parle de générique.

Vous savez, au tout début les génériques, ils coûtaient beaucoup moins cher que les médicaments de développement; ça maintenant les compagnies sont un peu plus brillantes que ça, elles s'ajustent juste un peu en bas des prix des médicaments de développement. Or, déjà j'ai perdu un petit peu mon entrain pour les génériques. Dans cette optique-là, c'est qu'à un moment donné il se fait beaucoup de profits pour... question d'offres et de demandes — bête — mais qui font qu'on veut maximiser les profits, on est en entreprise privée.

Mais ceci étant dit ça renforce encore mon point maintenant en tant que vice-président de favoriser toute mesure qui va favoriser la recherche, d'autant plus si, par le contexte même, elle peut se faire au Québec. Je veux dire, nous autres, on est content à un moment donné en tant que médecins d'être impliqués dans les projets de recherche, d'offrir à nos patients les nouveaux médicaments les plus au point, de voir l'effet de ces médicaments-là dans leur première étape d'évolution, de mise en marché. Donc, dans ce contexte-là la tarification devrait être en faveur du développement.

Or, dépendant de votre méthode, je ne veux pas répondre spécifiquement à une méthode ou à l'autre parce que je ne veux pas m'embarquer dans des points techniques, celle qui va favoriser la recherche, c'est celle qu'on privilégie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Picard. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Oui, merci, Mme la Présidente. Mme Hébert, vous avez brièvement abordé la question du financement et de l'impact que pouvait avoir la demande de contribution ou de prime auprès des personnes âgées. Il y a d'autres groupes également qui sont venus devant la commission, qui représentaient les personnes âgées, et qui ont indiqué que toute augmentation de contribution ou de prime, pour les personnes âgées, qui sont évidemment bien visées par cette maladie de l'ostéoporose, pourrait avoir un impact négatif en termes de consommation de médicaments requis pour traiter la maladie ou encore l'éliminer.

Vous l'avez brièvement évoquée tantôt, mais est-ce que vous pourriez nous dire si, selon vous, pour les clientèles que vous représentez, des augmentations de contribution ou de prime pourraient avoir un effet sur la consommation des médicaments par les personnes qui vraiment en ont besoin, pour les personnes âgées?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Hébert.

Mme Hébert (Suzanne): Je ne pense pas que je peux répondre à ça sinon de façon anecdotique, et ça n'aurait aucune valeur. Je veux dire, si on fait une analyse de base, on se dit: Bien oui, c'est comme un peu n'importe quoi; si j'achète du sushi à 20 \$ et puis il passe à 40 \$, je vais peut-être manger moins de sushi. Pour quelque

chose d'aussi important que des médicaments, probablement qu'il va y avoir le même effet, mais, je veux dire, on n'a fait aucune recherche, on ne peut absolument pas valider ce type de feeling. Si c'est le cas, et, en même temps, je pense que nous comprenons tous le problème du déficit du régime, je veux dire, ça devient vraiment une décision du gouvernement, et c'est son choix, c'est un choix politique, c'est un choix social, c'est un choix auquel il devra répondre, de trouver une façon, de trouver un régime qui permet à la fois que ce régime s'autofinance mais qu'en même temps d'une façon ou d'une autre il permette aux personnes démunies et, dans notre cas, c'est malheureusement les personnes âgées — à 20 ans, on peut souffrir d'ostéoporose, mais c'est rare... mais de s'assurer que les personnes à faibles revenus, les personnes âgées ont accès à ces médicaments, que ce soit directement ou que ce soit dans d'autres types de mesures.

Et ça, je veux dire, c'est votre décision et c'est vos calculs actuaires, ce n'est pas les nôtres. Alors, oui, c'est deux problèmes contradictoires qui sont réels, et j'imagine que c'est pour ça qu'il y a une commission qui tente de trouver une solution idéale et politiquement et socialement acceptable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Myhal, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Myhal (Daniel): J'ajouterais que le fait que vous ayez maintenant remboursé le calcium, c'est un facteur important qui libère des sous pour les gens âgés.

Deuxièmement, l'âge où l'ostéoporose est un problème — à 50 ans, les gens se débrouillent très bien — c'est quand ils sont à leur retraite, à 65 ans et passé; à cet âge-là, ils ont souvent de multiples pathologies. Il y a l'ostéoporose, d'accord, mais ils sont hypertendus, ils peuvent avoir des problèmes de cholestérol, ils peuvent avoir des problèmes de cancer du sein, ils ont de la chimiothérapie, ils ont toutes sortes de médicaments. Alors, le prix de l'ostéoporose s'insère dans une grande dépense médicamenteuse.

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

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci beaucoup pour votre présentation ce matin, merci aussi pour votre excellent travail partout au Québec. Je pense que... Votre association, j'ai entendu de bons, bons feedbacks de votre travail, et je voudrais juste profiter de votre présence pour vous féliciter.

Je voudrais aussi profiter de votre présence pour mieux comprendre le gouvernement, parce que c'est tellement difficile de comprendre le comportement de ce gouvernement. Pendant le temps qu'il cache 841 millions, la ministre est en train de passer une commission sur comment nous allons au moins taxer directement ou indirectement les Québécois pour un autre 200 millions. Mais spécifiquement je voudrais qu'on parle du comportement

décisionnel de ce gouvernement, parce que le docteur a mentionné qu'il y a un changement des listes maintenant, des médicaments.

Rappelons-nous qu'en décembre c'est l'opposition officielle qui a fait une bataille féroce pour convaincre ce gouvernement de lister un médicament. Ça avait pris les lettres des deux caucus. Les deux caucus, c'est assez exceptionnel, le président du caucus péquiste a été obligé d'écrire à la ministre pour forcer le gouvernement à agir dans ce dossier. Le CCP a créé un comité d'experts, et le comité d'experts a unanimement décidé d'inscrire Evista sur les listes régulières. Finalement, le gouvernement a décidé d'inscrire Evista juste sur la liste des médicaments d'exception.

J'ai entendu dans les mois de janvier et février, nous avons eu les listes, et vous avez parlé d'une barrière d'accès, là, qu'il y a eu des listes d'attente de 300 personnes ou plus. C'était aberrant, selon moi. Maintenant, peut-être qu'il y a un changement. Mais je voudrais mieux comprendre maintenant, et peut-être que les experts peuvent expliquer. Selon mon information, ils ont gardé encore beaucoup de médicaments sur les listes d'exception, et de plus en plus on voit que le gouvernement utilise les listes d'exception pour inscrire un médicament. Comme exemple, si j'ai bel et bien compris, le traitement en oestrogènes topique ou timbre transdermique — un patch, en bon français, là — est encore sur la liste des médicaments d'exception, malgré que ça coûte 20 \$ par mois à peu près.

Je voudrais juste bien comprendre: Est-ce que vous pouvez expliquer la logique de ce gouvernement d'utiliser les listes de médicaments comme une barrière d'accès? Non, pas de blague, là, parce que vous-même avez dit que c'était une barrière d'accès. Et je voudrais mieux comprendre. Selon vous, est-ce que ça a causé un problème? Et est-ce que vous pouvez expliquer aujourd'hui devant la ministre l'impact de cette décision de garder encore ce médicament sur la liste des médicaments d'exception? Parce que vous avez dit, si j'ai bel et bien compris, que votre préoccupation primordiale, c'est le médicament le plus approprié. Il me semble qu'encore une fois ce gouvernement met une barrière à votre souhait d'avoir le médicament approprié toujours disponible. Pouvez-vous faire quelques commentaires sur mes commentaires?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, qui va répondre à la question? Mme Hébert.

Mme Hébert (Suzanne): Bien, je pense que je peux faire une phrase dans le fond: C'est que, oui, en effet, au cours des dernières semaines, nous sommes extrêmement contents des décisions qui ont été prises au niveau d'enlever un certain nombre de médicaments de la liste d'exception et de les mettre sur la liste régulière. Il y a encore un trou, et vous avez mis le doigt sur ce trou, c'est la patch, les traitements transdermiques qui sont le médicament actuellement que nous pensons qui devrait être mis sur la liste régulière.

Aucun commentaire, là, sur pourquoi il ne l'est pas, mais je pense que, en tant qu'organisme, oui, notre prochaine — pas lutte, là — campagne, ce sera de tenter que ce médicament-là, celui qui demeure non accessible de façon générale, soit mis sur la liste.

• (10 h 20) •

M. Williams: D'être juste et équitable pour tout le monde. La ministre peut ajouter ça avant le 1er avril, si elle veut vraiment aider ceux et celles qui souffrent d'ostéoporose.

Mme Hébert (Suzanne): Il manque ça, mais il y a déjà une amélioration.

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

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Est-ce que, selon les médecins, cette liste de médicaments d'exception cause une barrière à l'accès? Et c'est quoi, l'impact sur la santé de ces personnes à cause de cette barrière?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le Docteur Myhal.

M. Myhal (Daniel): C'est difficile de répondre sans avoir des études, des compilations, etc. Grossièrement, je dirais que la médication actuellement disponible satisfait la grande majorité de mes patientes. Il y a quelques patientes qui, pour diverses raisons, devraient avoir une patch, ou le médicament en timbre. C'est une question de: où met-on la ligne dans les dépenses ou dans les choix.

M. Williams: Ce n'est pas plus cher. Si une patiente ne peut pas utiliser un médicament, et le seul médicament approprié, c'est l'autre, il me semble que c'est tout à fait logique de donner le même accès. Vous êtes d'accord?

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

M. Williams: Vous êtes d'accord?

M. Myhal (Daniel): Oui.

M. Williams: O.K. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la ministre, il vous reste trois minutes.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Comme nos amis d'en face n'ont pas trouvé de solution au problème de déficit, nous, on a dû les gérer puis les régler. Alors, ça nous a causé un certain nombre de problèmes, et puis maintenant on essaie de trouver les meilleures solutions pour offrir la meilleure qualité de

service à l'ensemble de la population du Québec dans un contexte de contraintes.

Je suis heureuse de vous entendre, docteur, nous dire qu'effectivement l'ensemble des médicaments qu'on va rendre disponibles et qu'on rendra à compter du 1er avril d'ailleurs, devraient permettre... C'est le Conseil consultatif de pharmacologie, ce n'est pas moi comme personne évidemment, qui n'a pas une connaissance scientifique de tous ces facteurs, qui nous dit aussi que, en ouvrant très largement et en inscrivant sur la liste même des médicaments qui autrement étaient des médicaments d'exception, ça devrait permettre de couvrir la gamme des médicaments disponibles utiles pour soigner et traiter l'ostéoporose. Et j'en suis aussi très heureuse.

Cependant, et le député de Nelligan le sait pourtant très bien, je crois qu'il l'a oublié, qu'on ne peut retenir une recommandation d'un comité d'experts avant que le Conseil consultatif de pharmacologie ne se soit penché sur la demande qui est faite. Alors, le comité d'experts nous avait recommandé positivement l'inscription de certains médicaments contre l'ostéoporose, le Conseil consultatif de pharmacologie le recommande à son tour, alors le tour de piste est terminé. Et, comme je dis, on n'a pas beaucoup de retard par rapport à ce qui se passe ailleurs. Habituellement, c'est plutôt l'inverse, on est en avance parce qu'on inscrit plus souvent sur la liste.

Bon, sur la question de l'oestrogénothérapie, par voie de timbre, transdermique, dans les faits il y a — et peut-être que c'est une information que le député de Nelligan pourrait retenir éventuellement — une différence considérable dans le prix. Mais cependant je comprends qu'il est en exception.

Une voix: Oui.

Mme Marois: Bon, il est en exception. Donc, ça confirme un peu ce que vous disiez, docteur, dans le sens où, si les gens n'ont pas de problèmes avec les traitements généralement prévus et par voie orale, ça va, et sinon bien là il y a quand même la possibilité... même si je suis d'accord avec vous, que ça peut causer un certain nombre d'ennuis au plan bureaucratique et administratif, je suis consciente de ça. C'est pour ça qu'on essaie d'en mettre le moins possible sur la liste d'exception. Mais dans le cas présent il y a une différence considérable de coûts, et on pense, donc, que, comme l'autre médicament est disponible, c'est le choix le plus judicieux que l'on pourrait faire.

Une dernière question. Est-ce que j'ai encore un petit peu de temps? Court, court. Bien, en fait une dernière question. Vous avez parlé des recherches évaluatives sur la question d'une intervention éducative ciblée qui favoriserait l'utilisation appropriée des médicaments. Est-ce que vous pouvez nous dire un petit peu l'état de ces recherches? Ou est-ce qu'elles ont été déposées chez nous?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'une façon très brève, Mme la présidente.

Mme Marois: C'est dans votre document, vous nous dites: «Une intervention éducative ciblée favorise [...] une utilisation appropriée des médicaments», et vous faisiez référence aux recherches évaluatives qui le démontraient.

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

M. Picard (Daniel): Oui. C'est le projet SIFRO. Depuis cinq, six ans, nous avons développé un programme de dépistage, réellement de dépistage au sein de la population, de l'ostéoporose, au moins de sensibilisation au facteur de risque d'ostéoporose incluant, entre autres, de mettre la mesure du talon, qui, pour la patiente, est un événement marquant associé à la mise en évidence des facteurs de risque, c'est-à-dire masse osseuse diminuée chez la mère, etc.

On a fait à peu près une vingtaine de mille individus. À ce moment-là on s'est aperçu, dans cette recherche évaluative là, qu'on augmentait énormément la «compliance» aux médicaments, qu'on modifiait énormément les habitudes de vie, et en fin de compte on croit que ce programme-là a aidé énormément de femmes au Québec dans cette optique-là, et à ce moment-là favorise l'utilisation adéquate des médicaments, les sensibilise à en parler auprès de leur médecin. Des fois, c'est les patientes qui parlaient d'ostéoporose aux médecins et non pas le contraire.

Mme Marois: Et continuer, dans le fond, aussi l'utilisation, parce qu'on sait que, ça, c'est un problème.

M. Picard (Daniel): Et continuer l'utilisation ou la reprise.

Mme Marois: Alors, je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci pour votre exposé, et vos commentaires vont sûrement alimenter notre réflexion.

Alors, je suspends quelques secondes pour permettre aux représentants du Protecteur du citoyen de prendre place.

M. Picard (Daniel): Merci à vous.

(Suspension de la séance à 10 h 27)

(Reprise à 10 h 29)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Nous reprenons nos travaux avec les représentants du Protecteur du citoyen. Me Lavoie, vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, mais avant, pour les fins de l'enregistrement, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent.

Protecteur du citoyen

Mme Lavoie (Lucie): Merci, Mme la Présidente. Je suis accompagnée, à ma droite, par M. Guy MacDonald, qui est directeur adjoint des enquêtes, et, à ma gauche, par Mme Lyne Chassé, qui est déléguée du Protecteur du citoyen.

Alors, pour débiter je pense qu'il est important de souligner que le Protecteur du citoyen est d'avis que le programme d'assurance médicaments a constitué une amélioration très importante dans les soins de santé au Québec et je voudrais que les remarques que nous allons faire par la suite soient inscrites dans cet avenue.

• (10 h 30) •

Cependant, dès le début du programme il y a eu plusieurs problèmes. Ces problèmes ont été dénoncés et, à mon avis, ils ont été reconnus, lorsqu'on lit le document d'évaluation qui a été présenté en décembre dernier. La majorité de ces problèmes-là que nous avons soulevés ont été listés, et c'est pourquoi nous avons été un peu étonnés de voir que dans le document de pistes de solution, on s'attardait, je dirais, quasi exclusivement à un seul aspect qui était le coût du régime alors qu'à peine une page et demie nous parlera des problèmes qui existaient en nous disant rien de plus que ces problèmes sont encore à l'étude et que les solutions ne sont pas encore trouvées. Alors, c'est certainement un point de vue que nous allons déplorer.

C'est pourquoi à notre avis il s'agit d'une approche qui est incomplète parce que quasi exclusivement consacrée aux coûts sans tenir compte des bénéfices apportés par les traitements pharmacologiques à long terme de certaines maladies telles, par exemple, les problèmes cardiovasculaires ou encore certaines maladies mentales. Par bénéfices, le Protecteur du citoyen entend non seulement les économies réalisées au sein des autres composantes du système de santé, visites médicales, chirurgies, etc., mais aussi les gains réalisés pour le maintien de la santé de dizaines de milliers de citoyens qui continueraient ou qui continueront à ce moment-là à mener une vie active et à contribuer ainsi à l'enrichissement collectif.

Il faut en effet se rappeler que l'assurance médicaments est une composante d'un système plus large qui vise le maintien de la santé. C'est dans cette perspective que le Protecteur du citoyen examine les documents soumis. On ne saurait donc amorcer une réforme en profondeur du régime surtout si cette dernière allait dans le sens d'une augmentation des tarifs accompagnée d'une diminution de la protection offerte sans avoir une connaissance complète de la problématique, c'est-à-dire un portrait qui tienne compte également des économies réalisées dans le système de santé et des gains de productivité apportés à la société grâce aux traitements par les médicaments.

De plus, le Protecteur du citoyen tient à signaler que le bilan présenté en ce qui concerne les coûts assumés par la société par les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi semblent exagérés en ce qui regarde

les coûts. On signale en effet qu'en 1998-1999 le fonds consolidé a consacré 800 millions au paiement des médicaments pour ces clientèles. On omet, par contre, de soustraire à ce chapitre les primes versées par les personnes âgées, lesquelles sont prises en considération dans le programme touchant les autres adhérents du régime public. On exagère ainsi le poids que ces clientèles font peser sur l'ensemble du régime. Le Protecteur du citoyen ne peut que déplorer cet état de fait qui peut avoir pour conséquence de créer et d'accroître dans une certaine partie de l'opinion publique du ressentiment à l'égard de ces personnes qui, parfois, sont considérées comme responsables de ces coûts.

L'analyse que nous avons faite s'est appuyée sur certains principes de base qui font en sorte qu'à notre avis l'assurance médicaments constitue d'abord une mesure sociale. Et peut-être que son nom porte parfois à confusion et qu'une partie du problème est née de cet aspect, en ce sens qu'une assurance... et les régimes collectifs en sont la preuve, ils sont basés sur le risque, et les primes sont ainsi calculées. Dans le régime public, il s'agit davantage d'une mesure sociale contributive bien sûr, mais tout de même d'une mesure sociale, à tel point qu'à notre avis elle doit faire appel aux principes de solidarité qui s'appliquent, n'est-ce pas, à toute mesure sociale. En ce sens, les coûts qui doivent être assumés par la population en général peuvent varier proportionnellement aux revenus.

Il faut se rappeler également que l'assurance médicaments a pour premier objectif le maintien de la santé. Et, dans l'évaluation du régime, de la couverture à offrir, on doit tenir compte non seulement des coûts, mais aussi des bénéfices engendrés. En outre, les bénéfices ne sont pas constitués seulement des économies réalisées aux dépens des autres composantes, mais doivent inclure des éléments telle la contribution à la richesse collective des personnes maintenues en santé. Or, au cours des dernières années, on s'est aperçu qu'il y avait un autre aspect dans le programme d'assurance médicaments qui touchait peut-être le développement économique.

En effet, il n'appartient pas aux consommateurs de médicaments, mais plutôt à la population en général de financer des mesures de développement de l'industrie et du maintien d'emplois dans le secteur pharmaceutique. En conséquence, la protection supplémentaire accordée par la Régie de l'assurance maladie du Québec aux médicaments brevetés et qui a pour effet de hausser de façon globale les coûts du régime de plusieurs dizaines de millions de dollars chaque année devait être abandonnée, du moins dans le cadre du programme d'assurance médicaments, parce que, s'il y a lieu, l'industrie devrait être aidée via des programmes de subventions aux entreprises et générés par les ministères à vocation économique.

Il faut également se rappeler que, si on examine le programme d'assurance médicaments à partir des besoins des citoyens, les utilisateurs de médicaments consomment ce qui leur a été prescrit par les professionnels de la santé. S'il y a abus de consommation des médicaments prescrits, il importe de prendre toutes les mesures nécessaires auprès de ceux qui prescrivent pour faire en sorte que l'utilisation

des médicaments soit plus efficace et plus efficiente. Il faudrait éviter de punir le consommateur en retirant de la liste des médicaments approuvés ou en refusant l'inscription sur cette liste de certains produits par ailleurs efficaces, mais dont on craindrait une utilisation abusive.

En conséquence, le Protecteur du citoyen a fait au gouvernement les suggestions suivantes. Il propose d'abord que la révision du régime d'assurance médicaments soit précédée d'une étude tenant compte de l'ensemble des économies et bénéfices reliés au traitement pharmacologique. Il propose aussi qu'une telle réforme soit guidée par les principes de solidarité sociale, c'est-à-dire d'un partage des coûts proportionnellement aux revenus; qu'il porte une attention aux pratiques des compagnies d'assurances qui auraient pour effet d'augmenter les coûts du régime public; qu'il veille à ne pas augmenter le fardeau déjà considérable supporté par les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées; qu'il mette fin à la protection supplémentaire accordée par la RAMQ aux médicaments brevetés; et qu'il prévoit des mesures nécessaires auprès de ceux qui prescrivent afin d'atteindre une utilisation optimale des médicaments.

En effet, lorsqu'on regarde les scénarios proposés, on s'aperçoit que, pour plusieurs d'entre eux, ils ont pour effet d'accroître encore la contribution des personnes les plus démunies malgré certaines mesures qui sont mises de l'avant. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'aider les personnes les plus pauvres par des programmes de crédits d'impôt, il faut se rappeler qu'un des problèmes qui avaient été dénoncés dès le début du régime et qui a été en partie corrigé a été le fait que les gens n'avaient pas d'argent pour avancer les sommes. On se rappellera qu'au début du régime les frais de coassurance et de franchise étaient calculés sur trois mois. On a voulu mensualiser ce régime-là, et ça a été certainement une mesure avantageuse, mais c'est une mesure qui reconnaissait le fait que les consommateurs de médicaments étaient placés dans une situation où il leur était impossible d'avancer des sommes. Alors, toute mesure qui verra à aider les personnes les plus démunies par la voie d'un crédit d'impôt ne corrige absolument pas cette situation.

Je voudrais, avant de terminer, rappeler certains problèmes qui avaient été identifiés et qui ne sont pas encore résolus et qu'aucun des scénarios ne permettra de résoudre. Je pense, entre autres, à ce que nous avons appelé les pauvres sans statut et je m'explique. Le régime a prévu des plafonds maxima de franchise et de coassurance réduits pour les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées recevant en tout ou en partie le supplément de revenu garanti. Il s'agit d'une mesure d'aide aux démunis que le Protecteur du citoyen ne peut qu'endosser. Cependant, depuis août 1996, le Protecteur du citoyen insiste pour que cette mesure soit étendue à tous les citoyens qui ont des revenus analogues quelle qu'en soit la source. Je pense aux travailleurs à temps partiel, aux chômeurs, aux petits pensionnés, etc. À revenus égaux, bénéfices égaux, nous semble-t-il. Le Protecteur du citoyen est d'avis qu'il s'agit là d'une question élémentaire de justice. Le dernier document ne répond pas à cette question.

Il y a aussi le problème des personnes âgées qui ont droit partiellement au supplément de revenu garanti. On sait que le plafond de franchise et de coassurance de ces personnes est de 500 \$ annuellement, alors que celui des personnes recevant ce supplément dans sa totalité est de 200 \$. Or, dès qu'un citoyen retire quelque revenu que ce soit en sus de la pension pour personnes âgées versée par le gouvernement fédéral, par exemple une rente versée par la Régie des rentes, il n'a plus droit à la totalité du supplément de revenu. C'est donc dire que des personnes qui reçoivent des montants de rente minimales se chiffrant parfois à quelques dizaines de dollars par année peuvent voir leur montant maximum de franchise et de coassurance qu'ils ont à assumer bondir de 300 \$. Nous avons vu des citoyens ainsi pénalisés s'adresser à la Régie des rentes, laquelle, pour sa part, a porté le problème à l'attention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Or, rien n'a été fait. Le dernier document ministériel se contente d'énoncer que des travaux en cours avec la Régie des rentes pour trouver les solutions devraient se poursuivre.

• (10 h 40) •

Il y a aussi la question des forfaits non désirés. Dans les régimes collectifs, la loi impose à plusieurs personnes qui n'y étaient pas auparavant astreintes l'adhésion obligatoire. Elle impose également à tous les adhérents l'obligation de voir à la couverture de leur conjoint et de leurs enfants. Or, ces régimes d'assurance collective obligent pour leur part leurs adhérents à souscrire à des forfaits, c'est-à-dire à une gamme de protection débordant largement le cadre de l'assurance médicaments, d'où des primes qui peuvent être plusieurs fois supérieures à celles du régime public. Cette situation, à notre avis, est inacceptable.

Le Protecteur du citoyen souligne de nouveau que c'est la loi elle-même qui a fait l'obligation à des milliers de citoyens d'adhérer à des coûts prohibitifs à ces régimes. Il ne peut donc se contenter de l'amorce de solution avancée dans le dernier document ministériel, soit qu'il pourrait être demandé au groupe d'assurer de vendre un produit d'assurance plus restreint couvrant presque uniquement les médicaments. Le législateur doit prendre les mesures pour que soit corrigée cette injustice. Cela dit, le Protecteur du citoyen ne remet pas en cause l'obligation faite à des adhérents de souscrire pour eux-mêmes à une protection plus large, obligation qui tire sa source non pas de la Loi sur l'assurance-médicaments, mais d'autres dispositions telles, par exemple, les conventions collectives.

Il y a également des personnes qui n'ont pas les moyens de payer les primes d'adhésion à une assurance collective, par exemple des retraités qui prennent leur retraite avant l'âge de 65 ans et qui conservent l'obligation d'adhérer à l'assurance collective, alors que leurs moyens ont beaucoup diminué. Plusieurs d'entre eux sont venus nous voir pour nous dire qu'ils n'avaient pas les moyens de continuer à adhérer à un programme de forfait.

Il y a également les membres des ordres professionnels. Parmi ces membres, il y a les travailleurs qui conservent leur adhésion à un ordre professionnel pour se trouver un emploi ou parce que, pour quelques années, ils

ont, pour différentes raisons, décidé de se retirer du marché du travail et qui sont exclus du régime public et doivent, n'est-ce pas, adhérer à celui de l'ordre professionnel à des coûts parfois prohibitifs. Nous avons rencontré plusieurs de ces personnes qui, encore là, étaient contraintes de payer une prime, alors que, si elles avaient été sous le régime public, elles auraient été exemptées de la prime en raison de leurs revenus très bas.

Des situations similaires nous ont été signalées également en ce qui concerne des employés dont les revenus sont beaucoup plus bas que la moyenne parce qu'ils sont, par exemple, sur des listes de rappel ou occupent des emplois saisonniers. La situation est semblable pour les chômeurs qui ont maintenu un lien d'emploi avec leur employeur. Tous ces gens doivent souscrire au régime collectif de l'employeur. L'effort financier qui leur est demandé est parfois hors de proportion de leurs moyens.

Le Protecteur du citoyen est donc d'avis que l'on devrait permettre à ces personnes d'adhérer au régime public dans la mesure où l'obligation d'être couvert par un régime collectif origine de la Loi sur l'assurance-médicaments. Il va de soi que cette hypothèse présuppose l'intention de l'État de conserver le régime mixte actuel au sein duquel certains voient leur couverture d'assurance assumée par la RAMQ, alors que d'autres sont protégés par les régimes d'assurance collectifs offerts par les compagnies privées. Et, à ce chapitre, le Protecteur du citoyen est d'avis que, dans les scénarios proposés, le dernier, qui propose un régime public un peu semblable à celui sur l'assurance maladie, devrait être étudié à fond. Nous ne disons pas que c'est nécessairement le scénario à retenir, mais je pense que l'étude devrait être davantage poussée.

Enfin, en dernier point, je rappelle aussi des problèmes qui n'ont pas encore été réglés et qui concernent la protection de la vie privée, particulièrement dans les régimes collectifs, où souvent l'employeur fait partie de la gestion même du régime, et plusieurs personnes se sont montrées inquiètes que, à travers la liste des médicaments qu'ils doivent prendre, leur employeur puisse déduire assez facilement la maladie dont ils souffrent. Cet aspect des problèmes a été également reconnu dans le document d'évaluation, et tout ce qu'on nous dit, c'est que des études se poursuivent avec la Commission d'accès à l'information.

Alors, en fait c'est un petit peu le mot de la fin en se disant que les problèmes sont là, ils sont connus, ils sont étudiés, mais peu de solutions encore aujourd'hui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Me Lavoie, pour votre exposé. Alors, sans plus tarder, je laisse la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Alors, je vous souhaite la bienvenue à nos travaux. D'entrée de jeu, j'étais heureuse de vous entendre dire que vous adhérez quand même et que vous aviez été satisfaits de voir apparaître un tel régime et qu'il avait eu un certain nombre

de bénéfiques pour la population québécoise, parce qu'on ne le voyait pas apparaître beaucoup dans votre mémoire.

Et, dans les faits, il faut quand même être conscient que c'est, bon, 1,2 million de personnes. Maintenant, on sait que c'est 1 550 000 environ qui adhèrent au régime, mais en fait on a couvert plus de 1 million de personnes qui n'étaient pas autrement couvertes et particulièrement, évidemment, dans les cas de maladies chroniques où ça devenait absolument catastrophique pour certaines personnes qui n'avaient absolument pas les moyens d'avoir accès à une médication adéquate. Et, quand on ne l'aurait fait que pour ces personnes-là, ça aurait valu la peine de le faire.

Mais on a partagé ensemble le risque, bien sûr, et donc aussi on y a contribué solidairement, on a essayé de répartir cette contribution pour qu'elle soit la moins lourde possible pour les très bas revenus et ensuite atteignant évidemment le maximum pour ceux qui sont plutôt à revenus moyens ou à hauts revenus. Et on sait qu'il y a une tranche, là, de revenus bas où il y aurait sans doute intérêt à ce qu'il y ait des changements qui soient apportés. Maintenant, à chaque fois qu'on joue sur ces tranches de revenus, évidemment on augmente la contribution potentielle, étant entendu qu'il y a une composante essentielle d'assurance à ce régime. Alors, c'est la difficulté à laquelle on est confrontés, mais on sait cela.

Par ailleurs, en contrepartie — et ça, ce n'est pas inutile non plus de se le rappeler et c'est heureux, dans le fond, c'est une situation qu'on souhaite voir encore s'améliorer — ce qu'on constate avec les seuils de faibles revenus... particulièrement pour les personnes âgées, parce qu'elles ont de plus en plus été sur le marché du travail, qu'elles ont contribué à des régimes de retraite, on constate que la proportion des personnes âgées sous le seuil de faibles revenus par rapport à l'ensemble des personnes âgées est passée de 25 % qu'elle était en 1980 à 14 %. Donc, on sent qu'il y a une amélioration significative.

Vous avez noté un problème que nous avons l'air d'effleurer, mais nous ne l'effleurons pas, je vous l'assure, soit celui des personnes âgées qui n'ont pas le maximum du supplément garanti et qui, lorsqu'elles basculent dans une tranche de revenus, même si ce nouveau revenu est à peine de quelques dollars de plus, doivent payer une prime plus importante, et leur plafond augmente. Ça, c'est étudié effectivement avec la Régie des rentes, mais pas dans une perspective de dire: Bon, bien, on verra éventuellement comment corriger ça, mais vraiment dans une perspective où nous souhaitons, dans un ensemble de mesures qu'on retiendra, corriger de telles situations pour établir une façon différente de tenir compte des revenus nouveaux que la personne acquiert.

Une autre remarque préliminaire et qui tient compte des commentaires que vous avez faits, ce sont les personnes à la sécurité du revenu, ce sont les prestataires de la sécurité du revenu. On a exempté maintenant complètement les personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi, laissant évidemment une contribution, même si elle est assez basse, à ceux qui sont prestataires de la

sécurité du revenu n'ayant pas de contraintes sévères à l'emploi. Mais il faut savoir que, lorsqu'on a enlevé la contribution des personnes à l'aide sociale qui avaient des contraintes sévères à l'emploi, on a couvert 65 % des coûts de médicaments de l'ensemble des prestataires. Autrement dit, parce que, effectivement, ils ont des contraintes sévères à l'emploi, ils ont une consommation plus importante de médicaments. Et, en enlevant donc l'obligation de contribuer, on a vraiment résolu un problème réel que vous aviez souligné, que d'autres nous avaient souligné, et ça a amélioré le sort de ces personnes-là d'une façon très importante, on l'espère.

Ce n'est pas la seule chose qu'il fallait faire, par exemple, vous le savez, hein? Il faut aider ces gens-là, les suivre parce qu'il y a des problèmes d'utilisation du médicament, de consommation adéquate, de persistance dans la consommation du médicament, particulièrement pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, et je pense que ça, c'est un des défis qu'on a à relever comme société puis comme ministère avec nos institutions.

Bon, je trouvais ça important de partager ça avec vous parce que je me dis: On voit souvent les failles du régime — et il y en a, c'est pour ça qu'on est ensemble à le regarder — mais il faut aussi voir les plus puis il faut aussi voir les améliorations, sinon, je vous dirais, à quelques moments, on a le goût de dire: Bien, écoutez, finalement, s'ils étaient mieux comme avant, revenons avant. Alors, personne, je pense, ne voudrait revenir à comme c'était avant. Bon. Alors, voilà pour ces quelques commentaires de départ.

• (10 h 50) •

Il y a sur la question aussi des plaintes. Je ne sais pas où c'en est actuellement chez le Protecteur du citoyen, mais nous avons fait — où est-ce que j'ai mis le document? — le Bureau de la statistique du Québec a fait une étude de perception des adhérents, et ce que nous pouvons vous dire, c'est qu'il y a une satisfaction et un appui au régime qui sont très élevés malgré les contributions, évidemment, que l'on connaît. Parce qu'on regarde, nous, toujours les plafonds, mais, quand on regarde les moyennes de contribution, elles sont beaucoup plus basses que les plafonds parce que, évidemment, les populations à risque ne sont pas toutes chez les adhérents même si elles sont parmi les populations à risque le plus grand. Bon.

Maintenant, je veux revenir sur... Bon, c'est sur cette question-ci que vous avez abordée dans votre mémoire, et vous l'avez ramenée dans votre intervention. Mais, peut-être juste avant la question, une autre remarque. Beaucoup des commentaires que vous faites sur des améliorations à apporter au régime, par exemple, le fait que quelqu'un doive payer deux fois parce qu'il change de régime, cette question des personnes âgées qui n'ont pas le maximum du supplément au revenu garanti puis un certain nombre d'autres éléments qu'on retrouve dans le régime qui sont vraiment des irritants sérieux pour les personnes qui ont des besoins, sont sous étude actuellement, mais pas sous étude encore une fois pour renvoyer ça aux calendes grecques, mais vraiment pour les régler. Alors, on va revenir éventuellement avec des

mesures correctrices sur certains aspects pour lesquels il est possible d'en apporter.

Vous dites formellement à la page 12 de votre mémoire: «Les adhérents au régime général consomment des médicaments qui leur ont été prescrits par les professionnels de la santé. En cas d'abus, il y a lieu d'intervenir auprès des prescripteurs afin que l'utilisation des médicaments soit plus efficace. Il faut éviter de punir le consommateur en retirant de la liste des médicaments approuvés ou en refusant l'inscription sur cette liste de certains produits par ailleurs efficaces.»

Là, je vais revenir sur des questions un peu plus pointues. Les critères qu'on suggère pour l'inscription sur la liste des médicaments, notamment le critère sur les valeurs sociétales, vous apparaissent-ils adéquats, justes? Est-ce qu'on devrait retenir les critères que nous avons proposés? Je voulais vous les identifier les uns à la suite des autres. On les a notés ici, il y a un certain nombre de critères, évidemment, qu'on suggère. Je ne veux jamais en oublier un, là. Bon, ils sont là, voilà. Alors, on dit: la sécurité, l'efficacité théorique, le coût, le rapport coût-efficacité, l'impact économique et les valeurs sociétales.

Mme Lavoie (Lucie): On est d'accord avec cette approche-là, sauf que le document ne nous parle que des coûts. Et, en fait, la réserve que nous mettons, c'est que souvent...

Mme Marois: Je m'excuse, je vous arrête. Excusez-moi, en fait, on ne parle pas que des coûts, on dit: la sécurité, l'efficacité théorique, oui, le rapport coût-efficacité y est, l'impact économique net, mais les valeurs sociétales aussi. Alors, on espère que ces critères-là pourraient se contrebalancer les uns les autres. Alors, voilà.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Lavoie.

Mme Lavoie (Lucie): C'est une question de sensibilisation des prescripteurs, à notre avis, parce que, lorsque le citoyen vient nous voir et qu'il nous dit: Tel médicament est refusé, il faut comprendre que, lui, il a très confiance en son médecin, il a très confiance en son pharmacien aussi, et c'est ça, le lien qu'il a. Vous savez comme moi, Mme Marois, qu'une personne qui est malade est très inquiète, alors elle est absolument incapable de juger du médicament qu'on lui prescrit. Alors, s'il y a en quelque part des médicaments... on doit en prendre un plutôt qu'un autre, il doit être mis sur la liste et tel autre non, ce n'est pas le consommateur de médicaments, ce n'est pas la personne malade qui peut juger de ça. Évidemment, si son médecin lui parle de tel médicament qui est plus efficace, inévitablement il va le croire. Et c'est très important qu'il le croie d'ailleurs, ça fait partie de la relation de confiance avec son professionnel.

Alors, ce que l'on dit, c'est que ce n'est pas au patient, au malade à juger de ça. Et, s'il doit y avoir une campagne de sensibilisation et s'il doit y avoir des listes qui doivent être décidées, je pense que le système fait en

sorte, avec le comité de pharmacie, pour décider de ces médicaments-là. C'est le bon endroit, et les critères nous semblent assez bons aussi.

Si vous me permettez, je serais revenue sur le nombre de plaintes et la satisfaction à l'égard du programme d'assurance médicaments. Chez nous aussi, je vous avoue que — sans avoir les chiffres avec moi — les plaintes ont diminué depuis le début du régime. Bon.

Mme Marois: Ça me fait du bien d'entendre ça. Ha, ha, ha!

Mme Lavoie (Lucie): Oui, voilà. Mais il ne faut pas se réjouir trop vite non plus.

Mme Marois: Ha, ha, ha! Non, je n'avais aucun doute là-dessus.

Mme Lavoie (Lucie): Ha, ha, ha! Il y a une partie des plaintes, au début du régime, qui touchaient beaucoup l'information. C'était compliqué à comprendre, je pense que ça l'est encore un peu d'ailleurs.

Mme Marois: Ça l'est.

Mme Lavoie (Lucie): Et beaucoup des explications sont maintenant données directement dans les pharmacies. Et, lorsque le régime a été implanté, on se le rappellera, en milieu d'été, même les pharmaciens n'étaient pas toujours tous très bien informés. Alors, il y a eu des inquiétudes dans la population. Alors, ce genre de plaintes là a diminué. Mais ce qu'il faut surtout dire, c'est que les plaintes en dehors du côté information, les autres plaintes qui ont été déposées, ne sont pas des plaintes qui sont réglées, les problèmes demeurent. Vous avez l'intention, m'avez-vous dit, de les solutionner à très court terme, je m'en réjouis.

Mme Marois: Un certain nombre, en tout cas, là.

Mme Lavoie (Lucie): Bon. Mais il n'en demeure pas moins que les problèmes subsistent.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Lavoie. Voulez-vous ajouter quelque chose, M. MacDonald?

M. MacDonald (Guy): Je veux rappeler aussi que le Protecteur du citoyen étant le recours externe ultime, nous ne sommes pas les seuls à recevoir des plaintes, là. On me disait justement ce matin qu'à la Régie de l'assurance maladie, par exemple, on recevait, concernant le régime, plus de plaintes que chez nous. On parlait d'environ 1 000 plaintes, et je suis sûr qu'au...

Mme Marois: Et c'est normal parce que c'est là que ça se traite.

M. MacDonald (Guy): Et c'est normal, c'est normal.

Mme Marois: Oui, c'est ça.

M. MacDonald (Guy): Et je pense que, également au ministère de la Santé et des Services sociaux, il doit y avoir un certain nombre de plaintes qui sont acheminées là aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. MacDonald. Mme la ministre.

Mme Marois: ...Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Me Lavoie ainsi que M. MacDonald et Mme Chassé. Je vous remercie de votre mémoire, également de votre présentation, et je pense que ce dont vous faites état dans votre mémoire démontre bien l'importance d'avoir une institution comme le Protecteur du citoyen dans notre système démocratique. Je suis heureux de voir qu'à la page 3, brièvement, vous mentionnez que le bilan est peut-être en partie inexact sur le plan financier. Je pense qu'il est toujours important de rappeler.... Et, entre autres, l'Association des pharmaciens propriétaires est venue nous dire que le gouvernement a économisé quand même 100 millions de dollars sur une période de trois ans en ce qui a trait à la clientèle des prestataires d'assurance emploi, d'assistance emploi et les personnes âgées. Alors, ce qui veut dire que, depuis 1996, l'ensemble de l'augmentation du coût des médicaments pour ces deux clientèles-là a été absorbée financièrement par les personnes concernées avec, de 1996 à 1999, également une économie de 100 millions de la part du gouvernement. Alors, je pense que ça, c'est toujours important de le rappeler, et c'est pour ça que je vous remercie de le signaler à la page 3.

Vous avez indiqué, je pense, que les personnes ont été appelées à faire une contribution majeure. La semaine dernière, la ministre nous indiquait en Chambre qu'elle prévoyait augmenter les contributions et les primes par rapport à la situation actuelle, qu'est-ce que vous pensez de l'impact que peut avoir une augmentation des contributions et des primes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Lavoie.

Mme Lavoie (Lucie): Je vous remercie. Écoutez, c'est dans ce sens que nous abordons le dossier en disant que le régime d'assurance médicaments est une mesure sociale contributoire. Une mesure sociale, à notre avis, ça fait reposer la solidarité sur l'ensemble de la société. Actuellement, la façon dont le régime est construit... Et c'est un peu les réserves ou, en tout cas, les lumières jaunes que nous allumons un peu en disant: Faites attention pour ne pas demander à ceux qui n'en ont pas les moyens de contribuer au-delà de leur capacité. Augmenter la

coassurance et la franchise à des personnes assistées sociales, ça a des conséquences énormes. Je comprends qu'il y a une partie de cette clientèle là... Toutes les personnes qui sont sur le programme de soutien financier, donc qui ont des contraintes sévères à l'emploi, ne paient pas pour leurs médicaments, c'est vrai, mais il y a des familles monoparentales pour lesquelles, lorsqu'on est sur l'aide sociale, chaque sou compte et chaque augmentation est importante.

• (11 heures) •

Évidemment, c'est normal, en raison du vieillissement, que les personnes âgées consomment davantage de médicaments, et, bien sûr, plus vous consommez, plus votre participation sera grande. Et les personnes âgées, maintenant, paient autour de 1 000 \$, et c'est 1 000 \$ à partir d'un revenu d'environ 15 000 \$ ou 15 300 \$ par année. Ce sont peut-être les seuils de faibles revenus, mais ce ne sont certainement pas les seuils de richesse. Vous savez que payer 1 000 \$, c'est ce qui est demandé actuellement, alors songer à augmenter le tout, je pense qu'il y a des risques là-dedans. Et n'oublions pas — je tiens à revenir là-dessus — toutes ces personnes qui ont d'autres sources de revenus mais qui sont tout aussi pauvres et qui sont généralement exemptées de la prime mais dont la coassurance et la franchise sont beaucoup plus élevées. Il faut qu'il y ait une certaine équité également. Et l'équité, ça ne veut pas dire de revenir à ce que tout le monde soit très pauvre, dans la misère et incapable de consommer les médicaments qui lui sont prescrits. Ça veut dire que, tous ensemble, comme société, on essaie de se donner les moyens pour améliorer la santé de la population du Québec. C'était un des objectifs du régime, et nous le partageons, cet objectif-là. Alors, ce qu'on dit, c'est: Faites attention dans la façon dont on essaiera d'avoir des revenus de plus pour ne pas accroître inutilement le poids sur les personnes les plus démunies et les plus malades.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. MacDonald.

M. MacDonald (Guy): Je voudrais rajouter, là-dessus, que le ministère a commandé une étude à un groupe de chercheurs de trois ou quatre universités piloté par l'Université McGill et qui a étudié les conséquences du fardeau financier chez ces clientèles-là, je pense que c'est le rapport Tamblyn — je ne sais pas si ma prononciation est exacte — et on a vu que l'augmentation des coûts, et particulièrement chez les personnes âgées qui devaient payer le plafond maximum, où le plafond pouvait aller jusqu'à 750 \$ en franchise et en coassurance... Il y a eu une baisse de consommation des médicaments, et sans doute de médicaments essentiels, et, à ce moment-là, il y a eu des incidents déplorables, il y a eu des hospitalisations, des visites au médecin, etc., des incidents qui ont nui à l'état de santé de cette population-là ou à une partie de cette population-là. Les mêmes causes reproduisant souvent les mêmes effets, si on augmente encore la contribution de ces gens-là au régime — et je pense que, dans un des scénarios, ça peut aller jusqu'à 1 300 \$,

prime, franchise et coassurance — on se demande si ces effets-là ne se reproduiront pas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Chassé, vous voulez rajouter quelque chose?

Mme Chassé (Lyne): Oui. Moi, je peux vous dire que, dans les plaintes qu'on reçoit, les gens nous disent: S'il faut qu'il y ait une augmentation, il va falloir faire un choix entre l'épicerie ou les médicaments, particulièrement chez les personnes âgées. Alors, on se le fait dire, ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Chassé. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. J'aimerais enchaîner un peu sur la question de mon collègue le député de Vaudreuil. Comme le député l'a indiqué, la semaine passée, la ministre a annoncé ses couleurs en Chambre. On avait déjà certaines indications à cet effet lors de cette commission et dans les journaux. Elle a essentiellement dit, en réponse à une question de mon collègue, qu'il faut équilibrer le Fonds d'assurance médicaments. C'étaient, en général, les propos de la ministre. Elle a dit: On ne couvre pas les coûts, il faudra augmenter. Elle a également dit: «Le principe d'un régime d'assurance, c'est de s'assurer qu'on couvre les risques que l'on assume. Et, dans les faits, actuellement, il manque des sous au Fonds d'assurance médicaments. On trouvera la meilleure façon de le corriger. Ça exigera des montants supplémentaires.»

Moi, j'ai une question pour vous au sujet des adhérents, parce que, évidemment, la prime touche généralement les adhérents, quoiqu'il y ait ce statut un peu complexe des personnes âgées qui contribuent comme une partie de la prime, alors elles contribuent au financement du Fonds d'assurance médicaments, mais dont les dépenses sont tirées du fonds consolidé, ce qui est, en soi, une façon assez complexe de gérer un système. Mais vous avez dit, à la page 8 de votre mémoire, au sujet des adhérents, et je cite: «Il apparaît déraisonnable d'imposer à ces gens, au sein du régime public, les mêmes conditions d'autofinancement qui sont le lot des adhérents aux régimes collectifs.»

Là, j'imagine que vous êtes un peu embêtés. La ministre vient de dire: Nous, on va traiter les adhérents de la même façon essentiellement qu'on les traite dans les régimes privés, c'est-à-dire qu'il faut que le Fonds d'assurance médicaments soit équilibré. Et là on parle, pour l'année en cours, d'un déficit de 64 millions; l'année prochaine, de 110 millions. Alors, ça ne prend pas un doctorat en mathématiques pour savoir que les primes vont augmenter. Et, si on suit la logique de la ministre, elles devraient augmenter de l'ordre de 110 millions pour l'année prochaine parce que c'est le déficit dans le Fonds d'assurance médicaments.

Alors, qu'est-ce que vous répondez à la ministre, qui nous impose à nous, des parlementaires, des paramètres très, très, très sévères maintenant? On a une

commission parlementaire pour vous consulter, puis elle dit: Moi, mon idée, elle est faite d'avance, il faut équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments. Honnêtement, de temps en temps, je me demande qu'est-ce qu'on fait ici. Si sa tête est déjà faite, si ça a été annoncé en Chambre qu'elle va procéder ainsi, j'imagine, les groupes qui s'en viennent vont dire, à un moment donné: Bien, les jeux sont faits.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Lavoie.

Mme Lavoie (Lucie): Bien, écoutez, je ne prendrai pas les responsabilités du gouvernement, je pense que c'est à l'Assemblée nationale de prendre ses décisions. Cependant, nous sommes ici effectivement pour dire: Écoutez, à l'occasion, il y a des paramètres qu'il faudrait peut-être éviter. Bien sûr, parmi les adhérents, et c'était quelque chose de connu, ces gens-là n'avaient pas d'assurance, n'étaient pas couverts autrefois. Il y avait de bonnes raisons pour lesquelles ils n'étaient pas couverts. Cette clientèle-là évidemment est variée, est très diversifiée. Mais il n'en demeure pas moins que, quand on regarde la proportion de ceux qui paient entièrement la prime par rapport à ceux qui la paient partiellement, on s'aperçoit qu'il y a, dans cette catégorie d'adhérents, des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent. Bon. Alors, les gens qui sont incapables de payer entièrement la prime, ça veut dire qu'ils sont sous les seuils de faibles revenus, et je pense qu'il faut tenir compte de cet aspect.

Dans les régimes collectifs, c'est le principe même de l'assurance, c'est basé en fonction du risque, évidemment partagé autrement dans un régime collectif, mais, tout de même, la prime est basée en fonction du risque. Si, pour les adhérents, on fait la même chose, on dénature un peu la raison d'être, qui, je le répète, à notre avis, est une mesure sociale et, comme toute mesure sociale, elle doit être reportée sur l'ensemble de la population... Mais jusqu'à quel point? On ne dit pas là-dedans qu'il ne doit pas y avoir une certaine augmentation. Il y a des gens qui sont capables de payer davantage, c'est possible, c'est à vous de l'évaluer. Mais il y a certainement des personnes qui ne sont pas capables de payer davantage, et ce qu'on vous dit, c'est: Faites attention à ces personnes.

M. MacDonald (Guy): Dans la perspective d'une étude globale, ce qu'on aurait aimé, c'est qu'il y ait peut-être un profil plus précis de cette clientèle-là. Je n'ai pas vu dans les documents, en tout cas, à date, un profil, je dirais, socioéconomique très précis de ce 1,5 million de personnes qui sont les adhérents au régime.

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

M. MacDonald (Guy): On a toute raison de croire quand même que ce ne sont pas des gens qui sont aussi bien nantis que ceux qui adhèrent à des régimes collectifs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. MacDonald. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, avez-vous une question?

M. Copeman: Oui. Merci, Mme la Présidente. Vous ciblez également la question de l'équité en ce qui concerne les contributions par source de revenus et non pas nécessairement pas tranche de revenus. C'est-à-dire que des personnes âgées, des prestataires d'assistance-emploi, les personnes âgées qui reçoivent soit une partie du supplément ou le supplément en entier, ils ont des franchises et des coassurances plafonnées, tandis que, des personnes qui sont des travailleurs, peut-être à faibles revenus, dont le revenu pourrait être quasiment exactement la même chose, elles ne sont pas assujetties à ces plafonds réduits pour la franchise et la coassurance.

Vous avez indiqué que vous déplorez, en outre, que la question n'ait même pas été abordée dans le dernier document ministériel. Votre suggestion serait quoi, au juste? Est-ce qu'elle serait d'ajuster les plafonds ou d'extensionner les plafonds réduits pour les franchises et les coassurances à toute personne dans la même catégorie de revenus, peu important leurs sources de revenus, en sachant fort bien que ça va occasionner des coûts supplémentaires au gouvernement?

Mme Lavoie (Lucie): Il n'en demeure pas moins qu'à notre avis peu importe la source de revenus, à revenu égal, les contributions devraient être semblables. Et il y a des différences à cet égard autant du régime collectif au régime public qu'à l'intérieur même du régime public.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente.

● (11 h 10) ●

Mme Marois: Alors, je vous remercie pour votre mémoire. Beaucoup des recommandations que vous nous faites vont être analysées, comme d'ailleurs celles qui nous ont été faites par d'autres intervenants qui sont venus devant nous depuis quelques semaines. Donc, même si, pour certains des problèmes que connaît le régime, on est peu loquaces, ça n'implique pas que nous ne sommes pas en train de travailler sur des solutions, dans le cas présent.

L'évaluation du régime porte sur l'ensemble des variables du régime, autant ses aspects périphériques que le fondement même du régime. Oui, je dirais à mes amis de l'opposition, qu'est-ce que vous voulez, à un moment donné, quand on a vécu trop longtemps au-dessus de nos moyens, on se retrouve avec des problèmes. Alors là on essaie de rester à l'intérieur des moyens que nous avons. Et, dans le cas présent, si nous conservons le régime tel qu'il existe dans ses composantes de base, même s'il y a des améliorations ou des changements quant à certains aspects, c'est un régime d'assurance et, à ce moment-là, le Fonds d'assurance doit être en équilibre et il doit y avoir des mécanismes pour prévoir qu'il soit en équilibre. Ou ça devient un régime d'assistance, puis, à ce moment-là, on change les règles du jeu. Alors, telles qu'elles existent maintenant, je ne peux pas dire autrement parce

que ça serait mentir aux gens, et je pense que ce n'est pas là notre propos.

Alors, je vous remercie pour votre mémoire. Et soyez assurés qu'on va analyser les propositions que vous nous faites quant à certaines améliorations du régime. Et, selon les possibilités que nous avons, nous apporterons ces corrections. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Me Lavoie, M. MacDonald et Mme Chassé.

Alors, comme nous avons pris un peu de retard, je voudrais que les représentants de la Confédération des syndicats nationaux prennent place rapidement, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission poursuit ses travaux avec la Confédération des syndicats nationaux.

Je cède la parole à Mme Claudette Carboneau. Mme Carboneau, avant de faire votre exposé, vous avez un temps de parole d'une quinzaine de minutes. Vous voudrez bien, s'il vous plaît, nous présenter les personnes qui vous accompagnent.

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

Mme Carboneau (Claudette): Certainement. Donc, à ma droite, il s'agit d'Hélène Choquette, qui est au secteur recherche pour la Confédération, et, à ma gauche, Nathalie Joncas, qui est actuaire au Service des relations du travail, à la CSN.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Allez-y, Mme Carboneau.

Mme Carboneau (Claudette): Alors, Mme la Présidente, Mme la ministre, Mmes, MM. membres de cette commission, je tiens d'abord à vous remercier de l'occasion qui nous est donnée de nous exprimer devant vous aujourd'hui.

Je rappelle d'abord que la CSN accorde une très grande importance à la consultation qui est en cours sur le régime d'assurance médicaments. On ne le rappellera jamais assez, l'accès aux médicaments est devenu indissociable de l'accès aux soins de santé. Cette question interpelle d'ailleurs fort régulièrement l'ensemble de nos syndicats, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé, lesquels ont à négocier régulièrement les couvertures d'assurance de leurs membres. C'est d'ailleurs ce qui explique que le mémoire de la CSN a fait l'objet d'un très long débat en conseil confédéral, la semaine dernière. Et je vous ai fait remettre d'ailleurs une version corrigée des recommandations que nous vous soumettons, et les corrections, vous le verrez, n'apportent que quelques précisions quant à la position officielle de la centrale.

Alors, la création d'un régime québécois d'assurance médicaments, en 1997, a permis de fournir une

protection à 1,5 million de personnes qui n'en bénéficieraient pas. Toutefois, ce régime mixte mis en place il y a trois ans comporte des déséquilibres et des difficultés d'arrimage, il soulève des problèmes d'équité et entrave l'action gouvernementale quant au contrôle de la croissance des coûts des médicaments. C'est pourquoi la CSN prend clairement position en faveur d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

Toutefois, plusieurs questions demandent à être clarifiées avant la mise en place d'un tel régime, en particulier les règles relatives au financement et une étude d'impact d'un tel régime sur le secteur québécois des assurances. Alors, pour clarifier l'ensemble de ces questions, nous suggérons la mise en place d'un groupe de travail. D'ailleurs, la principale recommandation de notre mémoire s'énonce comme suit: «La création en 2002 d'un seul régime d'assurance médicaments public, universel, financé à même l'impôt général et/ou par une cotisation spécifique établie en fonction du revenu.»

On constate que, dans le document de consultation, il y a peu de développement sur cette hypothèse d'un régime unique, d'un régime public et universel d'assurance médicaments. Nous croyons, quant à nous, que la croissance galopante des coûts n'est pas le propre du seul régime général, qu'elle grève aussi lourdement les régimes collectifs et risque, à terme, de compromettre l'accès à ce volet essentiel de notre protection en tant que citoyennes et citoyens. Or, pour la CSN, le meilleur moyen de contrôler les coûts, d'atteindre l'équité, de mutualiser les risques, de garantir l'accessibilité aux médicaments pour l'ensemble des Québécois passe par la mise en place d'un régime unique, public, universel d'assurance médicaments. Alors, voilà pourquoi notre principale recommandation vise à mettre rapidement en place un tel régime.

Certes, pour y arriver, plusieurs travaux doivent être effectués, et ce, avec le plus grand sérieux. Aussi, suggérons-nous la mise en place d'un groupe de travail dont le rapport devrait être soumis à la consultation publique d'ici 2002. Le mandat de ce groupe de travail porte notamment sur les éléments suivants. Et là je vous réfère à la recommandation 1.3.

Alors, je souligne au passage quelques éléments plus marquants du mandat qu'on voudrait voir attribuer à ce groupe de travail. Il s'agirait d'abord de définir divers scénarios possibles quant aux modalités et aux règles de financement du régime. Est-ce par une taxe sur la masse salariale, par l'impôt sur le revenu, par des cotisations spéciales? Deuxième volet important, proposer des ajustements aux seuils de faibles revenus donnant ouverture à la gratuité complète ou partielle des médicaments, bien sûr dans l'éventualité où le régime serait contributif. Enfin, évaluer les impacts de l'instauration d'un tel régime sur l'industrie de l'assurance collective et sur les autres protections offertes par les régimes collectifs et proposer les mesures appropriées assurant une transition harmonieuse. Alors, pour les autres volets du mandat, je vous réfère à notre recommandation. Vous retrouverez d'ailleurs — c'est ça — l'ensemble de ce mandat à 1.3.

Quant à la composition de ce groupe de travail, on pense qu'il doit prévoir des représentants du MSSS, de la RAMQ, des personnes représentantes de la société civile et des experts-conseils provenant de divers horizons professionnels — je pense aux médecins, à des actuaires, à des pharmaciens. D'ici là, nous croyons incontournable que le Québec se dote d'une politique de médicaments. Une telle politique, je le rappelle, était prévue au moment de l'adoption de la loi n° 33 mais n'est toujours pas en vigueur. Elle aurait dû précéder, quant à nous, l'entrée en vigueur de la loi, ce qui aurait sans doute permis d'éviter ou, à tout le moins, de minimiser un certain nombre de problèmes liés à la croissance des coûts et à l'usage accru des médicaments. La ministre d'ailleurs y fait référence dans son document de consultation.

Nous croyons, quant à nous, que l'adoption d'une telle politique est urgente, impérieuse et qu'en outre elle doit comprendre un éventail très large de mesures, dont des mesures bien sûr de contrôle des coûts, des mesures qui favorisent un meilleur usage des médicaments, des mesures qui favorisent la transparence de l'information et la démocratisation des décisions émanant de différents organismes-conseils, des mesures, enfin, pour favoriser une imputabilité accrue de l'industrie pharmaceutique. Vous trouverez, à ce chapitre, nos recommandations aux articles 2.1 à 2.4 de notre conclusion. J'insiste cependant, au passage, sur des recommandations qui m'apparaissent plus marquantes.

• (11 h 20) •

Le document ministériel propose d'éliminer la protection additionnelle accordée aux médicaments brevetés. Eh bien, on applaudit à cette recommandation. Le traitement privilégié accordé à l'industrie pharmaceutique a coûté très cher au Québec, qui a connu la plus forte hausse de ses dépenses de médicaments par habitant. Nous croyons que cet élément de la politique industrielle du Québec ne s'avère pas si probant, surtout quand on se compare avec l'Ontario, qui ne pratique pas une telle politique et qui, ma foi, s'en tire assez bien, tant au chapitre de la recherche qu'au niveau de l'emploi dans ce secteur.

Si la croissance des coûts est certainement un des problèmes majeurs qui confrontent l'actuel régime, d'autres problèmes de taille doivent aussi être corrigés dans l'immédiat de façon à accroître l'équité du système. Ces correctifs s'inscrivent dans une vision de solidarité sociale à laquelle en appelait Mme la ministre en vue, cette fois, de corriger certains déséquilibres entre le régime général et les régimes collectifs. L'actuel régime est source d'inéquités: inéquité entre les personnes à faibles revenus, selon qu'elles soient inscrites au régime général ou encore au régime collectif, inéquité aussi selon le niveau de consommation des médicaments, en raison de la franchise et de la coassurance.

Alors, sans vouloir porter ombrage aux travaux du groupe de travail dont nous espérons la mise en place et qui aura pour mandat de se pencher sur le financement d'un nouveau régime public d'assurance médicaments, nous souhaitons malgré tout apporter un certain nombre de

précisions, qu'on retrouve d'ailleurs aux recommandations 3.1 et 3.2.

Alors, on souhaite l'instauration d'un système de crédit d'impôt remboursable mensuellement calculé à partir de la contribution payée à un régime d'assurance médicaments — franchise et coassurance — la prime RAMQ et la prime payée en régime collectif d'assurance. Ce système permettra d'assurer la gratuité des médicaments aux personnes à très faibles revenus ainsi que d'établir une progressivité dans les contributions et les primes payées au régime général et aux assurances collectives. Ce système suppose que la gratuité des médicaments est assurée pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et pour les personnes de 65 ans et plus touchant le supplément de revenu garanti. Le coût de cette mesure, que nous estimons à 250 millions de dollars, est financé par une hausse de la cotisation des employeurs au Fonds des services de santé de l'ordre 0,25 % du salaire.

D'autres déséquilibres flagrants doivent aussi, pensons-nous, être corrigés maintenant. Je pense, entre autres, au déséquilibre lié au niveau exorbitant des primes dans les régimes collectifs. Nous recommandons, à cet égard, d'abolir la taxe de 9 % sur la prime d'assurance médicaments qui n'existe que dans les régimes collectifs. En outre, nous suggérons que la liste de prix des médicaments négociés par la RAMQ pour le bénéfice du régime général devienne aussi applicable aux régimes collectifs. Nous pensons que les mesures de contrôle des coûts doivent aussi profiter à l'ensemble de la population.

Enfin, des amendements doivent être apportées à la loi afin que le plafond annuel de 750 \$ continue de s'appliquer même si une personne change d'emploi ou de régime d'assurance médicaments. Nous demandons aussi que les modifications soient apportées visant à donner aux personnes retraitées de moins de 65 ans le choix d'adhérer au régime général ou encore à un régime collectif si elles y sont admissibles. Je pense qu'il y a lieu de rappeler que ces personnes n'ont plus de lien d'emploi et qu'il devient, ma foi, très discutable de leur imposer l'obligation qui les frappe actuellement.

Vous remarquerez que nous avons retiré la recommandation portant sur la majoration de la prime dans le régime général. Dans toute cette section du document de consultation, nous considérons que le gouvernement manque de transparence. Il évalue avoir besoin de revenus de primes de l'ordre de 343 millions de dollars pour équilibrer le régime, comparativement à 232 millions, soit le rendement actuel des primes. Pour ce faire, il suggère entre autres de revoir à la hausse les primes, passant, dans un scénario, de 175 \$ par année à 300 \$, ce qui représente tout de même une augmentation fort substantielle de l'ordre de 71 %, augmentation qui nous apparaît faramineuse, voire même inacceptable.

Pire encore cependant, en se basant sur les données qui apparaissent au document de référence, au document de consultation, eh bien, la CSN a voulu reprendre scrupuleusement les calculs en utilisant les paramètres contenus au document de consultation, et on arrive au résultat suivant: il faudrait, pour équilibrer le régime, une

contribution de 262,50 \$. Alors, bien sûr on a interpellé le ministère sur cette question, et les représentants justifient la hausse à 300 \$ en invoquant d'autres critères que ceux contenus au document de consultation. Or, on soutient que le gouvernement ne peut réclamer une hausse aussi importante sans donner l'heure juste aux parties consultées. Il s'agit d'un écart fort important, c'est 15 %, et ça commande, à notre avis, beaucoup plus de rigueur dans la démonstration et ça nous amène à nous réserver quant aux recommandations à faire sur une majoration de la prime.

Mon dernier commentaire, je veux souligner qu'on s'oppose avec force à la formule de mutualisation des risques entre le régime général et les régimes collectifs. Je pense qu'agir ainsi c'est faire payer aux adhérents du régime collectif la note qu'entraîne le maintien d'un régime mixte. Et je veux être très claire sur ce volet-là, la CSN est d'accord avec le partage des risques, mais ce principe ne peut trouver meilleure application qu'en instaurant le plus rapidement possible un régime unique, public et universel d'assurance médicaments.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Carbonneau. Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je veux vous remercier pour l'excellent mémoire que vous nous présentez. Si notre orientation était d'aller vers un régime universel public, si jamais on retenait cette orientation-là, qui est une des orientations que nous mettons et soumettons à la consultation aujourd'hui, votre mémoire nous offre une avenue intéressante parce qu'il prévoit la phase de transition et la phase de préparation à l'implantation d'un régime. On a eu d'ailleurs d'autres groupes qui sont venus nous présenter de telles perspectives, dont, entre autres, vos collègues de la CEQ, et qui aussi prévoyaient une phase de transition, mais elle n'était probablement pas aussi élaborée que celle que vous présentez ici. Par ailleurs, ils abordaient d'autres questions évidemment dans leurs mémoires. Mais, dans ce sens-là, je pense que c'est intéressant de voir comment ce passage pourrait se faire, étant entendu qu'il y en aurait, des difficultés.

Évidemment, on ne peut pas imaginer que, tout d'un coup, on passe d'un régime mixte à un régime public universel et où... Évidemment, selon différentes perspectives, on peut le voir comme un régime d'assistance, un mixte de régimes d'assurance et d'assistance, un régime fiscalisé. Là, vous ouvrez toutes les portes et vous n'en fermez aucune, en ce sens-là. Entre autres, les emplois qui ne seraient plus dans les sociétés d'assurance, bien, il faudrait prévoir cet impact-là. Alors, je vois bien que vous avez beaucoup réfléchi à ces questions.

Je vais revenir sur la différence que nous avons ou le différend que nous avons sur la question de l'évaluation de la prime si on prenait un des scénarios puis on disait: Voilà, pour nous assurer que le Fonds d'assurance soit en équilibre, nous pensons, nous, qu'il faut augmenter d'une somme plus élevée se rapprochant plus de 23 % que du

15 % du coût du médicament. En fait, c'est un mixte entre les deux en fonction des prévisions que nos actuaire font. Je sais qu'on a un différend.

• (11 h 30) •

Prenons ce scénario-là. Vous dites: La prime, elle devrait être à 262 \$, et vous appliquez la hausse du coût des médicaments à 15 %. Nous, le Fonds d'assurance, ce qu'il faut constater, c'est que la variation annuelle moyenne est de l'ordre de 23 %, et, donc, dans les faits, probablement parce que les risques sont plus grands du côté des adhérents au régime d'assurance médicaments, fait en sorte que nos prévisions nous amènent à une prime qui serait à hauteur de 300 \$.

Je sais que nos actuaire se sont rencontrés, nos équipes se sont vues et qu'on n'a pas résolu le problème. Je n'ai pas d'objection à ce qu'on continue à discuter et puis qu'on trouve éventuellement, même dans notre régime, des mécanismes les plus transparents possibles justement pour rendre compte de la progression des coûts d'un régime. Imaginons qu'on ne le change pas dans sa facture actuelle pour ce qui est de l'essentiel, je n'ai pas d'objection à ce qu'on retienne un mécanisme comme celui-là. Mais pour l'instant vous ne nous avez pas convaincus, nous ne vous avons pas convaincus, c'est ce que j'ai cru comprendre.

Alors, je n'ai pas de problème, moi, à ce qu'on continue cependant la discussion puis qu'éventuellement, avec l'éclairage que vous nous apportez, on dise peut-être qu'effectivement la prime, elle ne devrait pas être à 300 \$ mais peut-être quelque part entre le 262 \$ que vous fixez et le 300 \$ auquel nous arrivons.

Je ne veux pas rentrer dans trop de discussions techniques, j'imagine que... S'il y a des points de vue, quand même, que vous voulez nous faire valoir, je ne veux pas les empêcher non plus. Alors s'il y a des commentaires que vous vouliez faire sur cette question, je n'ai pas de problème.

Je vais revenir maintenant sur d'autres aspects de votre mémoire, plus précis. Vous dites que nous devrions prendre «des mesures pour favoriser une imputabilité accrue de l'industrie pharmaceutique». Vous allez assez loin dans votre mémoire, vous dites qu'on devrait contrôler toutes les politiques de marketing qu'utilisent les entreprises. Vous dites même: «Il faut rapidement mettre en place des mesures pour discipliner l'industrie pharmaceutique en réglementant sévèrement la publicité et les dépenses de marketing engagées tant auprès des médecins qu'auprès des associations de malades ou directement au grand public».

Ça, c'est une question: Comment vous imaginez cela? Est-ce qu'une autre stratégie ça ne pourrait pas être de demander des contributions à l'industrie pharmaceutique, qui seraient versées à un fonds permettant de faire par ailleurs l'information auprès des médecins, par exemple, qui eux prescrivent les médicaments et où souvent la seule information qu'ils ont est celle qui est donnée par l'industrie pharmaceutique? Alors, je soulève la question.

Mme Carbonneau (Claudette): Je dois vous dire à cet égard-là, et je ne suis pas revenue, parce que, bon,

le temps de présentation était très condensé, sur la recommandation précise qu'on avait à cet égard-là, pour nous elle nous tient à coeur, on considère qu'il y a là un élément majeur de contrôle des coûts. Je vous dirais que le maître-mot à l'intérieur de notre recommandation, c'est davantage de s'assurer que l'information auprès des médecins sera faite sur des bases les plus indépendantes possible.

Et de ce côté-là je considère que faire passer ça par un fonds qui serait financé par l'industrie pharmaceutique, on préfère largement une autre formule qui assure vraiment l'indépendance et nous sort de ces approches un peu trop mercantiles.

Mme Marois: D'accord. Parce qu'on essaie aussi, je me dis, de trouver évidemment une alternative au fait qu'il faut être capable de bien former nos médecins; on le fait à l'université bien sûr, mais en même temps on sait que la période de formation est relativement courte. Il y a eu des recommandations qui nous ont été faites sur ça, ils sont en formation continue parce que, au rythme où arrivent les nouveaux médicaments et qui offrent de grandes possibilités thérapeutiques, il faut être capable de les rendre disponibles et qu'on comprenne aussi comment les utiliser et qu'on les utilise adéquatement et qu'on les prescrive surtout adéquatement. Enfin.

Sur la question des critères d'inscription à la liste, vous dites que vous vous opposez aux critères d'ordre économique. Dans les critères que nous proposons, il n'y a pas que des critères économiques, il y a des critères de sécurité, il y a des critères, entre autres, de valeurs sociétales, le rapport aussi eu égard à l'efficacité thérapeutique mais bien sûr des coûts.

Donc, est-ce que vous iriez aussi loin que de nous dire: Vous ne voulez pas qu'on tienne compte d'aucune façon des coûts? Parce qu'il y en a, il y a parfois des médicaments qui coûtent des sommes considérables et qui, quand on les utilise, viennent utiliser toutes les ressources du régime pour ce type de problème, alors que des médicaments à côté peuvent avoir des effets secondaires peut-être mais qui ont un niveau d'efficacité tout aussi important. Et à ce moment-là on se garde toujours la marge évidemment pour l'exception, les médicaments d'exception, mais on essaie de contrebalancer l'ensemble des critères. Alors, sur cette question-là en particulier.

Mme Carbonneau (Claudette): Bien, alors, essentiellement je vous dirais que dans notre recommandation on mentionne qu'on ne souhaite pas que le facteur économique devienne l'élément déterminant. Bon, vous en évoquez d'autres, vous parlez d'efficacité. Je pense que personne ne peut être contre la vertu en quelque sorte. Cependant, il y a un écueil à éviter, c'est un processus qui deviendrait lourd, qui entraînerait des décisions qui peuvent être arbitraires ou encore qui nous conduirait rapidement vers des problèmes d'ordre éthique.

Et, quand vous invoquez... Oui, je sais qu'il y a d'autres critères qui sont soulevés dans votre document de consultation. Bon, vous parlez de valeur sociétaire, mais on ne sait pas de façon très précise ce que vous avez en

tête en soulevant ce critère-là, où est-ce que ça s'arrête, qu'est-ce que ça contient au juste. Est-ce que, par exemple, c'est une invitation à ouvrir une réflexion sur la question des médicaments en regard de la douleur? Est-ce qu'on va plus loin que ça?

Mme Marois: Il y a eu un certain nombre de discussions autour de médicaments comme, par exemple... le dernier exemple, là, ça a été, je pense, le Viagra, qui aurait pu nous amener à avoir une discussion de cet ordre-là et qui a fait qu'on a décidé de ne pas inscrire finalement le médicament après un certain nombre de discussions.

Alors, évidemment ça impliquerait des comités d'éthique et la participation de professionnels qui sont peut-être moins du domaine strictement médical ou de la santé mais qui viennent peut-être des secteurs plus sociologiques ou philosophiques, si on veut. Je pense que votre collègue voulait intervenir sur cette question.

Mme Choquette (Hélène): Je voulais juste ajouter. D'abord, il y a une série de critères qui ont une connotation économique que nous retenons. D'abord, ceux qui existent déjà ont déjà une connotation économique. La justesse du prix, valeur thérapeutique...

Mme Marois: C'est ça, exactement.

Mme Choquette (Hélène): ...ça se met en lien. Ça, c'est le premier élément. L'efficacité théorique couplée au fait que nous acceptons que le comité puisse retirer un médicament, c'est-à-dire que l'efficacité ne sera pas que théorique, on la vérifiera après, sur-le-champ. Donc, là on pondère aussi.

Là où on avait un problème, c'est que l'impact économique net d'un médicament, qu'est-ce que c'est? C'est le coût de ce médicament. Et ça peut vouloir dire: ce qui nous permet d'économiser dans le système. Bon, l'information est intéressante, remarquez. Et ce n'est pas qu'on ne souhaite pas que ces informations-là circulent, mais est-ce que c'est un critère qui doit être retenu d'entrée de jeu pour déterminer si un médicament va faire en sorte d'être sur la liste ou pas? Il nous semble que non. Outre le fait qu'à ma connaissance on n'a pas énormément de données, en tout cas certainement pas pour tous les médicaments, pour calculer, pour évaluer qu'est-ce que c'est l'impact économique net, d'où on s'est dit qu'il pourrait y avoir des délais indus.

Le Québec, jusqu'à présent est finalement relativement rapide sur l'inscription des médicaments. Je pense que c'est une chance pour le régime général. Alors, il nous apparaît que... pas que l'information n'est pas intéressante mais pas en faire un critère.

Mme Marois: D'accord. Une dernière question à ce moment-ci, M. le Président. Vous vous opposez à l'élargissement de la mutualisation des risques. C'est un mécanisme qu'on a envisagé. Il y a une série d'hypothèses évidemment qu'on fait dans les mémoires. Vous dites dans votre mémoire: C'est un bricolage, je pense. Et vous

l'avez repris, je pense, dans votre intervention tout à l'heure, là, je vous écoutais en même temps que je repassais l'ensemble de vos recommandations. Expliquez-nous donc un peu pourquoi vous auriez des oppositions à cela.

Mme Carbonneau (Claudette): Bien, alors, écoutez...

Mme Marois: Entre privé et public là, on se comprend. Évidemment, ça existe déjà dans le public.

Mme Carbonneau (Claudette): Oui, c'est ça. Parce qu'il faut être clair, là, on ne s'opposera pas à toute mutualisation des risques.

Mme Marois: Non, parce qu'elle existe déjà, puis ça va bien.

Mme Carbonneau (Claudette): D'ailleurs, l'idée même d'un régime public universel concourt dans cette direction-là. Cependant, on a beaucoup d'objections par rapport à la formule qui est proposée, parce que ça fait notamment en sorte de faire peser sur les personnes qui sont dans les régimes publics, alors qu'on constate beaucoup de critères de déséquilibre, d'inéquité, un poids indu, un poids additionnel alors que la formule la plus intéressante, quand on veut véritablement développer la solidarité sociale et réellement mutualiser l'ensemble des risques, c'est d'aller vers un régime unique.

• (11 h 40) •

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

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président, bienvenue, Mme Carbonneau. Merci pour votre mémoire et également pour votre présentation. Vous mentionnez à la page 10 de votre mémoire que le Québec serait l'un des provinces les moins généreuses pour les prestataires de l'assistance emploi, quand vous considérez l'ensemble des politiques qui s'appliquent à cette catégorie de personnes.

Est-ce que c'est toujours le cas? Est-ce que c'était il y a quelques années ou si, présentement, selon vos analyses, c'est toujours ce qui existe comme situation?

Mme Carbonneau (Claudette): Alors, à notre connaissance, c'est toujours la même situation qui prévaut à cet égard-là. Et vous remarquerez d'ailleurs que dans nos recommandations, pour ce qui est notamment des personnes inscrites à la sécurité du revenu, on souhaite la pleine gratuité pour l'ensemble de ces personnes-là.

M. Marcoux: Vous avez mentionné que vous retiriez vos propositions quant aux augmentations des primes en raison du manque de transparence que vous aviez noté. Écoutez, je pense que, d'une part, il faut

toujours rappeler que dans l'ensemble du régime, lorsqu'on parle de déficit, souvent la ministre mélange, en disant: Il y a un déficit de l'ordre de 200 millions.

Je pense qu'il y a deux catégories de couverture dans le régime: d'une part, les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées, pour lesquels le gouvernement rembourse les médicaments ou remboursait en 1996 — et les groupes nous ont indiqué que, compte tenu des contributions et des primes qui étaient exigées de ces catégories-là depuis 1996, le gouvernement avait économisé 102 millions de dollars sur cette période-là — et il y a le fonds d'assurance médicaments qui couvre l'autre clientèle, de 1,5 million.

Maintenant, quand vous dites que vous avez retiré évidemment vos suggestions ou vos commentaires à l'égard des contributions, de l'augmentation des primes, la ministre la semaine dernière nous a indiqué qu'il y aurait une augmentation des primes ou des contributions. Donc, si je comprends, c'est déjà ce qu'elle a décidé de faire. Alors, comment vous voyez ça, vous, dans ce cadre-là?

Mme Carboneau (Claudette): Bien, alors, écoutez, je pense que dans l'ensemble de cette réflexion-là, on est certainement sensible à deux volets, surtout, quand on fait une recommandation de s'orienter vers un régime public universel d'assurance médicaments, on ne peut pas traiter à la légère la question des coûts, c'est certain. Par ailleurs, il est bien évident, y compris quand on regardait la perspective de soumettre une autre recommandation, qu'on considère que, l'augmentation demandée de l'ordre de 71 % dans le scénario qui se calque le plus sur le régime tel qu'il est configuré actuellement, ça nous apparaissait sûrement un scean qualitatif extrêmement lourd à porter pour plusieurs catégories de contribuables.

Mais ce qui nous a surtout amenés à retirer cette recommandation-là, c'est que là on parle... Mme la ministre tantôt parlait d'une divergence d'opinions ou d'appréciation de la situation; je pense qu'il faut donner tout son poids à notre réaction par rapport à ça dans le sens où ce n'est quand même pas un détail que d'y aller avec une augmentation additionnelle de 15 % par rapport à ce qui serait requis même dans la perspective où on achèterait qu'il faut dans l'immédiat équilibrer complètement au plan financier le régime.

Et de ce côté-là je pense que, si on prend la peine de faire une consultation publique, on veut être transparent sur les critères qui doivent guider une augmentation de prime, on ne peut pas se satisfaire, là, d'une démonstration aussi incomplète que celle qui nous a été faite à ce jour.

D'autre part, quand la ministre évoque que les augmentations des coûts des médicaments peuvent être plus importantes que le 15 %, je rappelle que, pour établir cette prime à 262 \$, on retenait les chiffres mis de l'avant par le ministère qui disait, lui, vouloir rechercher une augmentation de 343 millions de dollars.

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

M. Copeman: Merci, M. le Président. Je suis très content d'entendre Mme Carboneau sur ces sujets, en particulier l'augmentation des primes, l'écart entre ce que vous avez analysé comme une nécessité versus le ministère. La ministre évidemment a indiqué que la variation annuelle moyenne des coûts chez les adhérents était de 23 %. Peut-être, dans vos analyses, là, parmi le coût dont a fait référence la ministre, de 23 %, quelle est la portion issue de l'augmentation du nombre de personnes, des adhérents?

Parce que moi, j'ai un peu comme l'impression dans tout ça qu'une partie importante de ces propositions d'augmentation de coûts viennent en effet d'une augmentation importante dans le nombre d'adhérents versus les estimations originales du ministère. Je ne sais pas si vous avez ces détails aussi fins que ça.

Mme Carboneau (Claudette): Alors, je vais demander à Mme Choquette de vous fournir une réponse.

Mme Choquette (Hélène): La CSN n'a pas ces détails, l'information, on l'a puisée dans les documents mêmes du ministère. Dans les documents du ministère, à la fois pour les coûts passés et pour les coûts futurs, on fait état de variations annuelles moyennes de 15,2 %, toutes clientèles confondues, on s'entend. Il est exact que pour les adhérents on parle d'une augmentation de 23 % qui est liée à un ensemble de facteurs, dont — comme vous le mentionnez — la question de l'augmentation du nombre de clientèles. C'est à peu près 7 % du 23 %.

Je dois souligner là-dessus cependant qu'il y a une diminution de la clientèle du côté des personnes âgées et prestataires de l'assistance emploi. J'imagine que c'est principalement le facteur prestataire de l'assurance emploi qui diminue et j'imagine qu'il y a eu là un transfert de clientèle, parce qu'il est relativement probable que les gens qui sont passés de l'assurance emploi au travail ne sont probablement pas tous dans des régimes collectifs. Donc, il y a eu déplacement de clientèles.

Mais oui il y a eu une augmentation. Et d'ailleurs, on le souligne dans le mémoire, il y a des groupes qui ont dû se résigner devant les hausses à renoncer à leur assurance maladie. Un gros groupe chez nous notamment, la question n'est pas complètement réglée autant que le mémoire le laisse entendre, mais nos chargés de cours font partie de ces gens-là. Et la chose s'est vue aussi chez les retraités.

L'augmentation la plus importante, quand on analyse les chiffres du ministère, vient cependant de l'augmentation du nombre de prescriptions par adhérent. Et ça, non seulement pour les adhérents, mais c'est vrai aussi pour les clientèles traditionnelles où là on a un «back up» historique. C'est assez intéressant de voir cette donnée-là, un «back up» historique qui donne une augmentation de 2 % des prescriptions sur les 10 dernières, et tout d'un coup on se ramasse à 10 %. C'est quelque chose d'intéressant. Mais nous, les chiffres qu'on a pris pour évaluer à 15 %, ce sont les données du ministère, toutes clientèles confondues bien sûr, puisque ce sont là les coûts du régime.

Mme Joncas (Nathalie): Je voudrais juste rajouter, c'est qu'on n'a pas remis en question la projection des coûts qui a été faite par le ministère. On s'est vraiment basé sur la projection qui était faite et de toutes les dépenses qu'il fallait qu'elles soient couvertes par le régime. Ça, ça n'a pas été remis en question. Ce qu'on a essayé de voir, c'est: Quelles primes ça prend pour arriver à combler ces dépenses-là qui étaient déjà projetées par le ministère?

Mme Carbonneau (Claudette): J'ajouterais juste un petit élément par rapport à la formulation de votre question. Il faut bien comprendre que la position de la CSN, ce n'est pas de faire sienne l'idée qu'il y ait nécessité d'équilibrer dès cette année l'ensemble du déficit qui est projeté. On laisse cette question-là ouverte. Mais les dernières remarques qu'on a pu faire, c'est: même dans la perspective où c'est la position du gouvernement, bien là on questionne effectivement le type de hausse qui est envisagé pour pouvoir atteindre l'objectif qu'il recherche.

M. Copeman: Merci, Mme Carbonneau. Dans votre mémoire, vous avez une partie qui est intitulée *Des correctifs immédiats à l'actuel régime d'assurance médicaments*. «Immédiat» est un terme un peu subjectif. J'ai passé à travers un peu les suggestions que vous avez faites dans votre mémoire et, en dépit des paroles très polies et rassurantes de la ministre, je ne retrouve presque aucune de vos suggestions retenues pour cette année financière.

• (11 h 50) •

L'instauration d'un système de crédit d'impôt remboursable, ça n'a pas été dans le budget. J'imagine que ce n'est pas prévu pour l'année 2000-2001. La question du régime d'impôt remboursable égal à la dépense des médicaments admissibles pour les familles dont le revenu est inférieur au revenu minimum, ça n'a pas fait partie du budget. L'équité entre la prime et les contributions exigées dans le régime général et les régimes collectifs, vous parlez du 9 %, la TVQ, la prime sur les assurances, ça n'a pas été retenu par le ministre des Finances.

Contre les déficits au régime général, vous avez retiré votre recommandation d'augmentation de prime pour des raisons que vous avez évoquées. La ministre a annoncé la semaine passée des augmentations de primes. La mutualisation des risques, ce n'est pas prévu. La seule lumière d'espoir, aussi petit que ça peut l'être, c'est à l'item c, la participation des retraités de moins de 65 ans à un régime collectif, l'obligation sur laquelle la ministre est restée assez muette pour l'instant.

Alors, quand vous dites «immédiat», c'est sûr que ça ne se fera pas dans 2000-2001. J'imagine que vous allez poursuivre vos démarches pour que ces recommandations soient mises de l'avant par le gouvernement pour l'année fiscale prochaine. Est-ce que je résume bien la situation?

Mme Carbonneau (Claudette): Alors, écoutez, je vous écoute et vous allez me rendre d'autant plus malheureuse qu'on n'ait pas pu présenter notre mémoire

avant la sortie du budget. Je pense qu'on a voulu... Tout en étant conscient que pour nous la solution de fond, c'est le régime public, on le souhaite le plus tôt possible — ça, c'est 2002 — il y a des problèmes majeurs, des problèmes d'équité qui visent notamment les clientèles à faibles revenus ou des gens qui ont des difficultés particulières pour lesquels on ne peut pas se contenter d'attendre la mise en place d'un régime public. Or, il est clair que, oui, on ne ratera aucun forum pour tenter d'influencer une décision qui vise le plus rapidement possible à soulager ces catégories de personnes.

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

Mme Marois: Bien, je vous remercie. C'est vrai que j'ai des paroles rassurantes, mais je pense que c'est un bon mémoire. Alors, il faut toujours le dire, hein, dans ce temps-là. C'est un bon mémoire, c'est intéressant, il est bien fait. On n'est pas d'accord sur certains aspects, et par ailleurs d'autres pourraient être appliqués éventuellement. Il y a des budgets tous les ans. Alors, rassurez-vous, c'est pas mal, ça. Et puis on est dans une meilleure situation financière que celle qu'on a trouvée en arrivant au gouvernement. Alors, déjà ça nous met en situation un peu plus positive pour continuer.

Donc, le mémoire, oui, il est intéressant. Je suis prête à continuer à ce qu'on ait des discussions sur les taux que nous utilisons et sur l'évaluation que nous faisons quant à une éventuelle augmentation de primes dans le régime tel qu'il existe maintenant pour essayer de voir si on peut encore mieux cerner tout ça et tirer ensemble des conclusions semblables. Sinon, bien on restera avec une certaine opposition sur nos chiffres.

Donc, je vous remercie pour la qualité du mémoire qui nous a été présenté et les suggestions qui nous sont faites. On va essayer de voir comment en tenir compte dans la suite des choses. Merci beaucoup.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci, Mme Carbonneau, Mme Joncas, Mme Choquette.

J'inviterais la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à venir se joindre à nous.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Beaumier): Alors, bonjour, M. le président. Peut-être présenter les personnes qui vous accompagnent et continuer avec votre présentation de 15 minutes, auxquelles s'ajouteraient les échanges habituels.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dutil (Rénald): Merci, M. le Président, Mme la ministre. Alors, à ma droite, le Dr Jean-Maurice Turgeon, qui est le directeur de la formation professionnelle à notre Fédération, et, à ma gauche, le Dr Jean Rodrigue, qui est le directeur à la Planification et à la Régionalisation.

Alors, je vous remercie de nous recevoir à cette commission parlementaire pour discuter de cet important dossier qu'est le régime d'assurance médicaments. Et les considérations, les suggestions, les recommandations que l'on fait, c'est à titre de représentants de tous les omnipraticiens, dont principalement les médecins de famille qui oeuvrent au niveau de la communauté au niveau ambulatoire.

Un certain nombre de constats, et je reviendrai sur certains d'entre eux par la suite. D'abord, je veux préciser que ce sont les omnipraticiens qui en général, qu'ils exercent en cabinet privé, ou en CLSC, ou dans les hôpitaux, ont la responsabilité le plus souvent de gérer l'ensemble des médicaments prescrits à chacun de leurs patients, que ces médicaments soient prescrits par eux-mêmes ou encore par des médecins spécialistes consultants.

Un autre constat important, c'est que l'utilisation des médicaments s'est considérablement modifiée au cours des dernières années. Nous allons y revenir.

On ne peut considérer le programme d'assurance médicaments isolément de l'ensemble de nos autres programmes de santé pas plus qu'on ne peut considérer le médicament dissocié d'un plan de soins ou d'un plan de traitement.

Un constat que nous faisons comme omnipraticiens, c'est que le régime mis en place en 1996 a permis d'améliorer l'accessibilité aux médicaments à une portion considérable de Québécois, principalement ces Québécois et Québécoises qui n'étaient pas des prestataires de la sécurité du revenu ou des personnes âgées qui avaient un revenu moyen minimal et qui devaient assumer le plein prix de leurs médicaments.

Il y a un ensemble de mesures qui doivent être prises pour améliorer l'utilisation des médicaments, qui n'est pas toujours optimale. Nous allons y revenir.

Alors, je disais que l'utilisation des médicaments s'est considérablement modifiée au cours des dernières années. Il y a eu beaucoup de nouvelles molécules qui sont apparues. Ces nouveaux médicaments nous permettent maintenant de nouvelles approches dans le traitement de plusieurs pathologies. Ça nous permet, entre autres, de traiter en ambulatoire ce qui exigeait autrefois une hospitalisation. Ce sont des médicaments qui souvent sont coûteux, mais ce sont des médicaments qui nous permettent de produire des économies dans d'autres secteurs de soins.

Alors, c'est vrai que notre régime d'assurance médicaments a été plus coûteux qu'on ne le croyait peut-être au départ, mais c'est qu'il faut éviter de regarder cela comme un budget en silo. Il faut mettre en parallèle le coût du programme d'assurance médicaments avec les économies qu'on réalise dans d'autres secteurs de soins. Par exemple, si, à cause de ces molécules nouvelles, je peux traiter un ulcère sans l'opérer, il y a des économies. C'est un exemple parmi d'autres.

Il y a également plusieurs mesures qui ont été prises pour améliorer la qualité des prescriptions et réduire les risques. Il y a d'abord un meilleur enseignement de la

pharmacologie dans nos facultés de médecine. Il y a une formation continue chez les médecins, chez les pharmaciens également, qui est plus adéquate, une meilleure transmission de l'information entre les établissements et les professionnels de la santé, la mise sur pied d'un comité de pharmacologie et de revue d'utilisation des médicaments dans nos établissements. Il y a une plus grande collaboration entre les professionnels de la santé, les principaux professionnels de la santé impliqués dans un tel programme, ce sont les pharmaciens d'officine, et les médecins traitants.

Et on a finalement une meilleure connaissance des facteurs de risque qui sont associés à certaines maladies, de la prévention qu'on peut faire, comme, par exemple, pour le diabète ou pour l'ostéoporose. Nous avons également beaucoup plus de guides de pratique sur l'utilisation optimale des médicaments, et ces guides se traduisent effectivement par une utilisation plus efficiente des médicaments mais aussi souvent par un usage plus grand de ces médicaments.

• (12 heures) •

On parle souvent de la surconsommation des médicaments, et particulièrement pour les personnes âgées et pour certaines classes de médicaments. Nous sommes très sensibles à ce problème. Mais on parle moins souvent de la sous-consommation des médicaments, qui est un aussi grand problème et qui existe encore, on parle moins souvent de la fidélité aux ordonnances prescrites. Et, bien sûr, les coûts qu'on doit déboursier pour obtenir de telles ordonnances entrent souvent en ligne de compte. Alors, s'il nous faut agir pour contrer l'utilisation abusive des médicaments, il faut aussi prendre les mesures pour que les médicaments requis soient pris adéquatement. En termes de formation et d'information des professionnels, nous avons encore beaucoup de progrès à faire et nous allons y revenir.

Je disais au début qu'on ne doit pas considérer le régime général d'assurance médicaments isolément de l'ensemble du régime public de santé. Et, quand on regarde la croissance des coûts du régime, il ne faut pas s'en surprendre, c'est un peu comme avec les autres secteurs de notre régime de santé: les besoins sont grandissants et les coûts ont dépassé les prévisions budgétaires. On ne doit pas s'en surprendre. D'abord, pour le régime d'assurance médicaments, le nombre d'adhérents est beaucoup plus important qu'on ne l'avait estimé au départ: c'est au-delà de 3 millions qui sont couverts actuellement par le régime public. Et le régime public, si je prends un certain jargon du milieu de l'assurance, doit assumer davantage les mauvais risques que le régime privé. On ne remet pas cela en question, je pense que c'est là une responsabilité de l'État, mais ça a un impact important sur les coûts. En fait, on doit conclure, nous, que le régime d'assurance médicaments était sous-budgétisé comme notre régime d'assurance santé et, si le dernier budget a apporté des correctifs, on le reconnaît, il n'en demeure pas moins qu'il faudra encore d'autres investissements pour combler des besoins grandissants et il faudra également d'autres manières de faire.

Le régime a eu des effets très positifs, on le reconnaît. L'effet sur l'état de santé des bénéficiaires est difficile à mesurer. Il faut savoir que depuis 1995, à cause de la transformation de notre réseau, des contraintes de toutes sortes qu'on a eues, des retraites prématurées d'un grand nombre de professionnels de la santé, il y a eu une réduction de l'accessibilité aux services de santé. Alors, dans un tel contexte, ça nous apparaît hasardeux de séparer les effets du régime d'assurance médicaments des effets que toutes ces autres transformations ont pu avoir sur la santé de la population. Alors, on ne croit pas qu'il faille tirer immédiatement des conclusions. Mais notre constat, comme médecins omnipraticiens, c'est que le régime a quand même permis à un grand nombre de Québécois, surtout ceux et celles à faibles revenus et aux familles avec enfants, d'avoir une meilleure accessibilité aux médicaments. Au début du régime, les effets ont été différents selon les clientèles, par exemple pour les personnes âgées qui se sont vu imposer des frais supérieurs à ce qu'elles avaient à déboursier auparavant, mais il nous semble qu'avec le temps ces effets se sont estompés. Pour le moment, sur le terrain, on ne constate pas de réduction de l'accessibilité aux médicaments et les médecins n'ont pas non plus noté de changements durables à la façon dont les clientèles utilisent ces médicaments.

Il est évident qu'il y a des problèmes, et on vous le souligne immédiatement, pour certaines clientèles très vulnérables et qui doivent consommer beaucoup de médicaments. Je pense à ces personnes qui souffrent de problèmes mentaux graves qui sont dans la communauté, je pense également aux soins palliatifs à domicile, l'antibiothérapie à domicile également, des cas qu'on traitait en milieu hospitalier où les gens n'avaient pas à déboursier pour les médicaments qu'on leur prescrivait soit par voie orale ou intraveineuse. Maintenant, à domicile, ils ont à déboursier certains frais. Alors, il y a des problématiques qui se posent actuellement. Et, si dans le cadre de la révision du financement du système, on devait majorer de façon substantielle la contribution des usagers, on invite le gouvernement à la prudence, puisqu'on a encore des familles qui sont démunies qui ne pourraient pas se prévaloir de l'un ou l'autre de nos programmes de sécurité de revenus, qui ont à assumer des coûts assez importants. Alors, si les nouvelles modalités de financement se traduisaient par une franchise et une coassurance beaucoup plus élevées, nous croyons, nous, que ça pourrait compromettre l'accessibilité aux médicaments pour certains groupes de nos citoyens ou citoyennes.

Le partage des risques entre le régime public et le régime privé doit aussi être revu. Je le disais tout à l'heure, le régime public assume plus de mauvais risques que les régimes privés. C'est peut-être un peu normal, mais on devrait considérer la mutualisation de tous les risques dans un seul régime. On n'a pas de réponse absolue à vous donner là-dedans, mais je pense qu'une telle étude devrait être faite.

Alors, j'en arrive à certaines mesures ou recommandations pour améliorer, là, la performance de ce

régime. Les pistes de révision qui sont suggérées dans le document du ministère se limitent surtout à une approche comptable. C'est bien important bien sûr, les coûts, et c'est bien important, le financement. On ne dit pas que ces pistes doivent être toutes écartées, mais on s'intéresse peu à la triade médecin-pharmacien-patient et on parle bien peu des mesures qui devraient être prises pour une utilisation optimale des médicaments. Encore une fois, il faut se rappeler que les médicaments pris à l'extérieur de l'hôpital contribuent à diminuer le recours à d'autres services de santé plus coûteux. Donc, dans ce coût de l'assurance médicaments, il faut penser aux économies qu'on génère dans d'autres secteurs. Et, comme on a des budgets en silo, je veux dire, on ne peut pas attribuer les économies d'un secteur au budget de l'autre, c'est difficile.

La croissance des coûts. D'abord, les génériques versus les originaux. La politique du recours au prix le plus bas et celui du prix de référence, ça doit être évalué d'une façon globale en tenant compte de l'impact que ça pourrait avoir à d'autres niveaux, entre autres au niveau de l'industrie québécoise du médicament qui est génératrice d'un grand nombre d'emplois. Il nous apparaît, nous, que c'est une polémique, là, quand on parle de produits génériques versus produits originaux, qui est un peu dépassée dans un contexte où les compagnies pharmaceutiques se fusionnent de plus en plus et sont souvent les propriétaires également des compagnies qui fabriquent des génériques.

Nous allons vous parler un petit peu plus, là, de l'optimisation dans la prescription des médicaments, mais avant, peut-être au niveau des structures. Nous avons différents comités, actuellement, là, pour étudier l'usage qu'on fait de nos médicaments. Nous suggérons l'intégration du Conseil consultatif de pharmacologie et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments. On éviterait ainsi des dédoublements. Le mandat qui est suggéré dans le rapport Doucet nous apparaît adéquat. Par ailleurs, on est quand même sensible aux préoccupations du Collège des médecins qui, dans son mémoire, vous dit qu'un tel comité pourrait ne pas avoir l'autonomie professionnelle requise vis-à-vis l'assureur public. Alors, je pense que, si l'on forme un nouveau comité, c'est le produit d'une fusion de ces deux comités, il faudrait s'assurer, là, d'un degré d'autonomie professionnelle à ce comité. On souhaiterait que dans ce comité se retrouvent des représentants des ordres professionnels en cause et des associations médicales en cause. Et on souhaiterait également qu'un tel comité soit davantage en lien avec les comités de revue d'utilisation des médicaments qu'on retrouve dans nos établissements.

Nous pensons également à diverses mesures pour améliorer l'utilisation des médicaments. L'une de ces mesures, c'est une plus grande information et formation aux médecins prescripteurs. D'abord, les omnipraticiens souhaiteraient obtenir davantage d'information, là, sur les médicaments consommés par leur clientèle. Il est souvent très difficile de savoir exactement tous les médicaments que prend un patient qu'on a devant nous, puisqu'il a consulté ailleurs dans le réseau de la santé. Alors, nous

suggerons que les omnipraticiens puissent être reliés à un fichier de la RAMQ pour connaître, avec le consentement de leur patient bien sûr, là, la médication que leur patient utilise.

Nous favorisons également le recours à des logiciels d'interaction médicamenteuse, ce qui va nous permettre une utilisation plus optimale de médicaments et d'éviter certains effets secondaires. Nous croyons également qu'avec l'arrivée des départements régionaux de médecine générale on devrait penser à mettre sur pied des comités de revue d'utilisation des médicaments pour la communauté, pour les soins ambulatoires. Je vous disais tantôt qu'on en a dans nos établissements, que les comités dans nos établissements devraient être en lien plus étroit avec ce comité central RUM, ou revue d'utilisation des médicaments. Alors, on pense, nous, qu'il faudra en mettre au niveau de la communauté, au niveau de la région, de tels comités. Ces comités de revue d'utilisation des médicaments, qui pourraient être rattachés aux départements régionaux de médecine générale, nous permettraient d'avoir une meilleure connaissance du profil de prescription des médecins dans la région, des problèmes qui peuvent exister, et, à partir d'une identification des besoins, de mieux centrer notre formation continue sur une meilleure prescription des médicaments.

• (12 h 10) •

La Fédération étant un organisme agréé de formation, alors nous croyons, nous, que nous devrions également intensifier nos activités de formation continue à ce chapitre. Nous avons déjà d'ailleurs pris des initiatives. Il faut vous dire qu'en 1997 on avait proposé une vaste campagne de sensibilisation des omnipraticiens sur l'utilisation optimale des médicaments. Malheureusement, certains y avaient vu — à tort et ils le reconnaissent aujourd'hui — une action syndicale et des conflits éthiques possibles. On est prêt à relancer une telle campagne avec le concours du Collège des médecins, entre autres, et de l'Ordre des pharmaciens. Les liens de collaboration entre médecins et pharmaciens doivent être aussi resserrés.

Le Président (M. Beaumier): M. le Président, il reste peut-être une minute.

M. Dutil (Rénald): Oui, je termine là-dessus. Alors, c'est important d'avoir des liens étroits avec les pharmaciens. Des efforts plus grands doivent être faits pour fidéliser la clientèle à un médecin, un prescripteur et un pharmacien. Ça nous éviterait beaucoup de duplications ou d'utilisations, encore là, non adéquates de nos médicaments.

Alors, je pourrais terminer là-dessus, mais simplement une phrase pour dire que l'information de la population est aussi importante. Ce régime n'a pas péché par sa transparence au niveau de son financement, les modalités administratives sont complexes au niveau des franchises, les coassurances, et je pense qu'un effort beaucoup plus grand devra être fait par le gouvernement pour bien informer la population sur les divers aspects de

ce régime. Alors, je vous remercie, M. le Président, Mme la ministre, de cette présentation.

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

Mme Marois: Alors, merci, Dr Dutil, de votre présentation. Je pense que ça ouvre des avenues intéressantes. Et d'autres présentations qui ont été faites devant nous, soit par le Collège ou par d'autres groupes représentant des médecins, des pharmaciens ou des associations, vont aussi dans le même sens. Alors, il y a des points de convergence, là, qui seront intéressants à faire ressortir.

D'abord, une première chose, je vais m'excuser par avance, car je dois vraiment quitter à 12 h 30. Mes collègues, de toute façon, continueront les échanges avec vous. J'aurai quand même le temps de poser toutes les questions utiles.

Deuxièmement, quant à certaines remarques, une première plus mineure mais qui a toute son importance, on se comprend bien, là, c'est évident que, si nous regroupons le Conseil consultatif de pharmacologie de même que le Comité de revue de l'utilisation du médicament ou qu'on retienne la formule actuelle, il va de soi que des professionnels de la santé y seraient, dont des médecins, des pharmaciens, comme d'ailleurs c'est actuellement le cas. Alors, je veux vous rassurer sur cela. Bon.

Maintenant, on est revenu beaucoup depuis le début de la commission sur cette action en silo. Elle est vraie, cette action en silo, souvent dans l'ensemble de notre réseau, alors que c'est l'inverse. On veut qu'on travaille en réseau et on dit: On a des budgets en silo, on a des fonctionnements parfois aussi qui sont en silo. Mais je vous dirais, c'est vrai sur une base conceptuelle. Mais, concrètement, là, ce qu'on constate, c'est que, dans les faits, un médecin omnipraticien, un spécialiste, un intervenant dans un établissement comme un CLSC par exemple, qui peut être aussi un professionnel de la santé autant médecin, infirmière ou autre, selon ce que je constate et que je perçois, les gens choisissent vraiment l'intervention la plus adéquate pour soigner la personne, compte tenu du problème qu'elle a. Et ça devient un problème théorique que cette question de je fais économiser ou je ne fais pas économiser des sous, parce que, si je lui donne une médication, même si cette médication est très coûteuse, j'évite une intervention chirurgicale. Le sentiment que j'ai, compte tenu de la connaissance que j'ai à l'heure actuelle du réseau et des analyses qui sont faites, c'est que chaque intervenant, chaque professionnel choisit la meilleure solution dans les circonstances.

Et dans les faits, ça se traduit concrètement par ailleurs par une hausse considérable des coûts, autant en assurance médicaments que dans le cas des interventions, soit dans les hôpitaux ou dans notre réseau de CLSC, et même dans la pratique médicale. Vous le savez, on est en discussion actuellement à d'autres tables que celle-ci, là. Bon. Parce que, dans les faits, non seulement on n'a pas

économisé, là, cette année et l'année prochaine, pour ce qui est du régime d'assurance médicaments, mais on couvrira le déficit pour ce qui est de la partie couverte par le gouvernement, 152 millions cette année, et l'an prochain, soit 2000-2001, on prévoit 214 millions, quand on sait qu'en plus on va couvrir les déficits des établissements à l'heure actuelle et qu'on va relever les bases...

Vous avez raison que, théoriquement, ils sont campés indépendamment les uns des autres, ces budgets, mais je pense que, dans la pratique, les gens font quand même le choix le meilleur pour la personne qui présente un problème de santé. C'est le sentiment que j'ai à ce moment-ci, d'ailleurs liés que vous êtes aussi par vos codes d'éthique, par les nouvelles connaissances qui apparaissent et qui vous permettent de choisir des interventions plus adéquates. Parce que, comme je l'ai entendu beaucoup, j'ai pris un peu de recul par rapport à ça, je me suis posé un certain nombre de questions, j'ai regardé les analyses qu'on avait et les résultats auxquels on arrive.

Maintenant, une question plus pointue, peut-être, puis, si vous avez le goût de revenir sur ça, bien sûr ça me fera plaisir de vous entendre. En fait, il y a deux sphères dans vos interventions, qui m'intéressent de façon un peu plus particulière. Vous dites: Des outils pour mieux informer les adhérents. Je comprends que la campagne d'information, elle aurait pu s'adresser aux professionnels et à la population, là. J'essaie de voir. Est-ce qu'il y a des suggestions plus concrètes pour ce qui est des adhérents? Quelles sortes d'outils seraient les plus efficaces, soit utilisés par des médecins ou des pharmaciens? Et comment faire pour fidéliser les clientèles puis améliorer, entre autres, le renouvellement des prescriptions? Comment on devrait travailler à cet égard-là pour que les gens respectent les prescriptions qui leur sont données et qui vont contribuer à améliorer leur état de santé, et même, s'ils arrêtent, c'est plutôt l'inverse qui se passe? Ça, c'est un premier bloc de questions.

Un second, c'est toute la question des outils informatiques pour gérer la prescription optimale et là l'accès à des fichiers qui donneraient certaines informations tout à fait utiles pour que le médecin puisse intervenir adéquatement, et de même pour le pharmacien. Ça a été soulevé par le Collège, la Fédération des médecins spécialistes, je pense, l'Ordre des infirmières et infirmiers. Il y a eu beaucoup de groupes qui l'ont soulevée. Ça soulève un certain nombre de questions évidemment sur le respect de la vie privée. J'aimerais vous entendre de façon un petit peu plus élaborée sur ces questions-là parce que je pense qu'il y a là une piste très intéressante pour utiliser de façon optimale le médicament, mieux soutenir le malade ou le patient, mieux l'aider. Et il restera des questions d'éthique bien sûr à résoudre, mais je pense qu'il faut au moins se poser la question puis essayer de chercher dans ce sens-là. Ça en fait pas mal, là.

M. Dutil (Rénald): Peut-être un début de réponse, et je demanderai à mes collègues de compléter. D'abord,

au niveau des adhérents, vous admettez que les diverses formules, franchises, coassurance, primes, maximum mensuel, etc., là, c'est complexe pour les adhérents.

Mme Marois: Je l'ai admis d'entrée de jeu et je suis d'accord avec vous.

M. Dutil (Rénald): C'est complexe et les médecins nous disent que, constamment, ils se font poser des questions, et sans doute les pharmaciens s'en font encore poser davantage. Alors, je pense qu'il y aura un effort à faire, là, pour mieux faire connaître ces diverses modalités administratives du régime.

Fidéliser la clientèle, c'est, pour nous, très important. Comme Fédération des omnipraticiens, on veut promouvoir de plus en plus le rôle du médecin de famille, c'est-à-dire un médecin omnipraticien qui prend en charge et assure le suivi de sa clientèle, de ses patients, et c'est le meilleur moyen de fidéliser la clientèle. Et, quand on parle d'une prise en charge et d'un suivi, le médicament — je le disais au début — c'est intégré, si vous voulez, ce n'est pas dissocié de l'ensemble des autres interventions. Alors, ça passe par la valorisation de ce modèle de médecine familiale. Et je demanderais peut-être au Dr Turgeon de compléter sur les outils.

• (12 h 20) •

M. Turgeon (Jean-Maurice): Oui, Mme la ministre, je prendrai, dans les circonstances, l'exemple du programme d'enseignement sur l'asthme. Voilà une maladie qui entraîne et qui entraîne encore beaucoup d'hospitalisations, qui entraîne même parfois des décès chez les enfants et où il est apparu à l'ensemble des acteurs qui doivent agir sur cette maladie auprès des patients qu'il était important d'avoir une stratégie commune, une stratégie d'ensemble à laquelle participent tous les intervenants. Et c'est pourquoi, dans ce programme-là, vous verrez, même l'industrie pharmaceutique est mêlée au financement, dans un certain sens, avec les régies régionales, d'initiatives de formation qui s'adressent justement aux patients pour leur permettre d'utiliser idéalement l'ensemble des moyens disponibles et leur éviter effectivement des interventions, qui, dans certains cas, seraient beaucoup plus coûteuses.

Ces enseignements sont souvent dispensés par des intervenants qui ne sont pas nécessairement des médecins. Ça peut être des médecins, mais ça peut être aussi des infirmières. Et les médecins, les pharmaciens, les pneumologues ont tous été associés dans un partage essentiellement d'informations, de telle sorte qu'on arrive à véhiculer un message qui est univoque. Tous les participants véhiculent essentiellement le même message auprès de tous les intervenants. Ce qui fait qu'il y a un renforcement de chacune des actions. Il y a une synergie de toutes ces interventions-là et qui doivent contribuer à une utilisation meilleure des médicaments et à une fidélisation aussi des patients envers les traitements qui leur sont offerts et envers les intervenants qui sont appelés à leur offrir ces traitements. Je pense qu'il y a là un bel exemple, une belle initiative qui est née des dernières années, au cours des dernières années et qui a mis à

contribution, que je sache, le CRUM, au niveau provincial, et les associations de pneumologues, les médecins omnipraticiens, les régies régionales et l'industrie pharmaceutique. Et je pense qu'on doit se servir de cet exemple et le généraliser à beaucoup d'autres problèmes qui affectent des larges segments de la population.

M. Rodrigue (Jean): Peut-être un des éléments qui est intéressant aussi avec l'asthme, je pense, c'est important que la population ou que les patients réalisent qu'il y a une valeur ajoutée à cette action-là et que le but n'est pas uniquement un but économique. Et, dans ce sens-là, si on a une approche par rapport à certaines rationalisations ou l'utilisation des médicaments, il faudrait probablement viser les clientèles lourdes qui doivent utiliser plusieurs médicaments. Je pense aux maladies cardiovasculaires, je pense au diabète. On mentionnait déjà l'asthme. Alors donc, on devrait avoir une action qui, au lieu qu'elle soit, je dirais, axée vers tous les utilisateurs, on devrait plutôt cibler les clientèles pour qui il y a une valeur ajoutée d'avoir une utilisation plus efficace des médicaments, plus rationalisée.

Mme Marois: Quant à l'utilisation d'outils modernes pour avoir accès à de l'information?

M. Dutil (Rénald): Bien, écoutez, la difficulté à laquelle on se bute le plus souvent comme médecin sur le terrain, c'est d'avoir l'information sur l'ensemble des médicaments pris par un patient qu'on a devant nous. Quand c'est un patient qu'on suit comme médecin de famille et qu'il n'a pas eu à consulter ailleurs, tout va bien, c'est inscrit dans notre dossier. Mais ce n'est pas toujours le cas, loin de là. Il a pu consulter d'autres médecins. Il a pu être hospitalisé, etc. Alors, l'accès à l'information sur tous les médicaments qu'il prend peut-être encore est très difficile. Et on pense, nous, qu'il devrait y avoir un fichier à la RAMQ et que les médecins omnipraticiens pourraient être reliés à ce fichier et, avec le consentement de leurs patients bien sûr — on ne verrait pas là de grands problèmes — pourraient avoir très rapidement, en temps réel, accès à l'ensemble des médicaments pris par ce patient.

Mme Marois: Et ce que je comprends... je trouve ça très intéressant, parce que ça fait plusieurs fois qu'on aborde aussi cette question-là. À un moment donné, les mémoires reviennent sur des choses semblables, et à partir du moment où, je dirais, l'ensemble des représentants des professionnels, entre autres de la santé, partagent ce point de vue, j'imagine qu'il pourrait y avoir facilement des ententes des protocoles pour qu'on ait, comme je dis, des règles d'éthique à respecter, le respect bien sûr de la décision du patient, ça va de soi, et de son autorisation formelle, mais je crois que c'est un outil que les moyens modernes nous offrent et dont on ne devrait pas se priver. Je suis tellement sensible au fait qu'on offre le mieux possible et, dans ce sens-là, qu'on ne mette pas, dans le fond, même les malades dans des situations qui peuvent

être difficiles dans certains cas. Je pense particulièrement à des gens âgés qui doivent répéter à satiété ce qu'on leur a dit précédemment chez un autre professionnel, etc. Et d'ailleurs on le voit avec l'expérience à Laval actuellement, qui est très intéressante, c'est les personnes âgées qui adhèrent, en plus grand nombre, au projet.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

Mme Marois: Diane, je pense, avait une question, monsieur...

Le Président (M. Beaumier): ...est-ce que vous préféreriez que... Il resterait trois minutes.

Mme Marois: Je n'ai pas de...

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

Mme Marois: Alors, je m'excuse encore une fois, je vais devoir quitter.

Mme Barbeau: Merci beaucoup. Moi, je vais aborder un aspect plus précis de tout ce dont on parle dans l'assurance médicaments. Vous savez, il y a plusieurs organismes qui nous ont mentionné ici les problèmes qui sont reliés à la pratique commerciale de promotion des compagnies pharmaceutiques auprès des médecins. On sait que le Conseil consultatif de la pharmacologie s'est donné un code d'éthique par rapport à son indépendance versus les compagnies pharmaceutiques. Moi, je vous dirais que c'est vrai qu'il y a peut-être quelques légendes urbaines parce que, nous-mêmes, on en est victimes à l'occasion. Mais j'ai des amis qui travaillent dans ces secteurs-là, des deux côtés, et j'ai confiance en ce qu'ils me racontent, et des fois je vous jure que ce n'est pas évident d'avoir de l'éthique là-dedans.

Je ne veux pas accuser tout le monde non plus; je n'accuse personne. Moi, ce que je vous poserais comme question, parce que vous en avez parlé très brièvement, resserrer les liens avec les pharmaciens et les omnis, et la formation continue: Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu d'avoir un code d'éthique ou, s'il n'y a pas un code d'éthique, est-ce qu'il y aurait une façon de fonctionner différente que vous seriez prêts à nous proposer dans le concret?

M. Turgeon (Jean-Maurice): Alors, M. le Président, je vais me permettre de répondre. D'abord, il existe un code d'éthique et ce code d'éthique est adopté par le conseil de la Fédération, d'une part. La Fédération adhère également au code d'éthique du Conseil consultatif d'éducation médicale continue au Québec. Et bon nombre de compagnies pharmaceutiques adhèrent également à un autre code d'éthique qui est en tous points comparable à celui du Conseil consultatif. Toutes celles qui sont intéressées à faire de la formation doivent respecter un certain nombre de critères fondamentaux démontrés dans la littérature scientifique comme étant des critères

essentiels à la distinction d'une activité de formation ou d'une activité de promotion. Alors donc, en matière de formation, ça existe.

Que vous me disiez qu'il y a des problèmes d'éthique, j'allais dire: Jamais vous ne pourrez de toute votre vie éviter qu'il y ait des problèmes d'éthique. Alors, l'élément qu'il faut rechercher, c'est comment les résoudre lorsqu'on les a constatés. Ce n'est pas le fait de vouloir les éviter — je pense que c'est futile de vouloir éviter des problèmes d'éthique — c'est de résoudre ceux que l'on constate. On ne peut pas autrement les éviter. Et à cet égard-là, je vous dirai que la Fédération non seulement elle est agréée pour les fins d'une formation... C'est-à-dire qu'elle doit subir périodiquement un examen de ses structures, de son fonctionnement, de ses produits et enfin de tout ça, examen qui est fait par le Collège des médecins du Québec et qui est renouvelé. J'ajouterai aussi que la Fédération investit pas moins de 1,5 million strictement en matière d'activités de formation, indépendamment de ce qu'elle retire des coûts d'inscription aux colloques qu'elle organise. Et, dans toutes les circonstances où la Fédération organise quelque chose, elle est immédiatement présente à tous les éléments qui vont s'adresser aux médecins omnipraticiens pour faire en sorte que finalement ces éléments-là ne soient pas soumis à l'influence induite des compagnies pharmaceutiques qui, par ailleurs, dois-je l'ajouter, sont des industries, que je sache, à but lucratif, et, à cet égard-là, je ne pourrai jamais les empêcher de faire de la promotion, du marketing.

Donc, je reviens au problème d'éthique qui a été soumis: Oui, on peut penser qu'il peut y avoir menace à l'éthique, mais, dans la mesure où effectivement nous prenons conscience de cette menace-là, il nous faut prendre des mesures qui garantissent que nous respectons entièrement les règles d'éthique à l'égard de ces compagnies-là. Et je pousserai l'argumentation beaucoup plus loin, peut-être même parfois à l'égard du gouvernement ou d'un autre organisme qui pourrait vouloir lui aussi exercer une influence induite sur des pratiques pour tout autre motif qui serait également considéré comme légitime et respectable.

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

• (12 h 30) •

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, Dr Dutil. J'aurais une question à vous poser. Vous avez fait un commentaire relativement au virage ambulatoire. Les omnipraticiens ont un rôle important à jouer à cet égard-là. Il y a certains groupes qui sont venus devant la commission et qui ont indiqué que des modifications aux modalités du régime, et notamment des augmentations de contribution, pourraient constituer un frein au virage ambulatoire. Lorsqu'on voit, par exemple, que dans la continuité de l'épisode de soins, évidemment on paie le médicament à l'hôpital si la personne est hospitalisée, on ne le paie pas si elle traitée en ambulatoire... et, en fait, certains groupes ont même dit: Écoutez, ça peut avoir un impact qui est négatif sur la

mise en oeuvre du virage ambulatoire. De votre évaluation, de l'expérience que vous avez, que vos membres ont, est-ce que vous avez la même perspective à cet égard-là?

M. Dutil (Rénald): Oui, ça peut constituer un problème pour un certain nombre de personnes à faibles revenus qui, étant maintenant traitées à domicile... par exemple, l'antibiothérapie intraveineuse à domicile. Bon, à l'hôpital, bien sûr ils n'ont pas à déboursier, alors qu'à domicile ils peuvent avoir à déboursier certains coûts. Les constats qu'on fait, c'est qu'à date ça n'a pas réduit l'accessibilité à des services à domicile. On fait une mise en garde quant aux montants de contribution supplémentaires qui pourraient être exigés. Il y aurait là un problème réel pour certaines clientèles plus démunies. Mais, jusqu'à ce jour, le niveau de la coassurance ou le maximum mensuel requis ont fait en sorte que, malgré certaines difficultés, on ne peut pas vous dire que les omnipraticiens ont constaté une réduction dans l'accessibilité à des services ambulatoires à cause de ces frais qu'ils ont à assumer maintenant qu'ils sont traités en ambulatoire plutôt qu'en milieu institutionnel. Ça nous est souvent rapporté par des patients que c'est plus lourd, c'est plus onéreux, mais ça ne les a pas empêchés d'avoir accès quand même à ces médicaments-là. Mais attention si on augmente le niveau de contribution.

M. Marcoux: À la fin de votre mémoire, évidemment que vous offrez votre entière collaboration pour améliorer le fonctionnement du régime. Par ailleurs, à la page précédente, vous indiquez que des médecins ont l'impression que le citron a été beaucoup pressé et vous dites: «Dans un tel contexte, on ne saurait en demander davantage si les actions retenues n'ont pas pour effet de bonifier, du même soufflé, les conditions générales d'exercice de leur profession.»

Alors, comment on peut interpréter ces deux énoncés placés l'un à la suite de l'autre?

M. Dutil (Rénald): Vous savez, M. Marcoux, depuis ces dernières années, on a subi bien des contraintes dans le réseau de la santé, et je laisserai à d'autres tables ce qui appartient à d'autres tables, entre autres la négociation des conditions d'exercice des omnipraticiens. Mais il reste que, suite aux diverses contraintes, à la transformation du réseau, les médecins, comme d'autres professionnels de la santé d'ailleurs, ont un certain degré de morosité qu'il nous faut corriger. Et c'est évident que, quand on leur demande des efforts accrus, par exemple pour améliorer, là, le régime d'assurance médicaments, rendre plus optimale la prescription des médicaments par diverses mesures, cette médiocrité, cette démotivation ou cette morosité deviennent un obstacle. Et il faut vraiment que les médecins omnipraticiens, à qui on va demander des efforts supplémentaires, aient l'impression que ces efforts supplémentaires, à un moment donné, ils vont en tirer des bénéfices, pas uniquement financiers, là, sur le plan de l'environnement professionnel dans lequel ils travaillent.

M. Marcoux: Merci.

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

M. Williams: Oui, merci beaucoup M. le Président. Merci pour votre présentation. Juste un commentaire sur la question de mon collègue. La semaine passée, la Conférence des régies régionales parlait que, les séjours écourtés, avec le virage ambulatoire, 5 % à 10 % des patients retournaient à l'hôpital. Il me semble que c'est un chiffre assez important. Je vais sortir de notre discussion, je vais vous donner ça. Peut-être que, plus tard, on peut avoir une discussion plus longue.

J'ai voulu vous questionner sur, encore une fois, la liste des médicaments d'exception. Vous avez mentionné, dans votre mémoire, que l'application des règles d'utilisation des médicaments d'exception est une source d'irritants pour les médecins omnipraticiens et entraîne des délais inutiles entre l'ordonnance médicale et la réception du médicament. Elle devrait être simplifiée. La ministre, de plus en plus, utilise la liste des médicaments d'exception, essaie de nous convaincre que le gouvernement agit plus vite que les autres gouvernements. Selon mon information, il y a 76 médicaments sur la liste des médicaments d'exception aujourd'hui. Je voudrais vous entendre un peu plus sur votre... c'est quoi les problèmes pour la santé et quelles recommandations suggérez-vous pour améliorer ces problèmes?

M. Rodrigue (Jean): Oui. En fait, disons qu'il y a beaucoup de médecins qui considèrent qu'il y a une espèce de va-et-vient où ils doivent communiquer avec la Régie de l'assurance maladie pour avoir l'autorisation pour prescrire un médicament. Il y a parfois un délai entre le moment où le médicament est prescrit et où le pharmacien reçoit l'autorisation de livrer le médicament.

On n'a pas de solutions toutes faites, mais ce qu'on peut dire c'est qu'il y a, de toute évidence, beaucoup de médecins qui se plaignent de parfois 24, 48 heures entre le moment où on décide de donner un médicament. Par exemple, on se demandait si, dans un certain nombre de cas, il ne pourrait pas y avoir une autorisation après le fait, c'est-à-dire que, dans le fond, lorsque la prescription est faite par le médecin et qu'il la valide avec le pharmacien, il pourrait y avoir une validation téléphonique avec le pharmacien d'officine où on s'entend que le médicament est indiqué. Donc, on pourrait valider après le fait ou informer après le fait les gens de la Régie de l'assurance maladie.

Nous, ce qu'on dit, c'est qu'il y a probablement place, dans ce système-là, à trouver des modalités qui rendraient la disponibilité du médicament plus rapide auprès des patients.

M. Williams: Merci.

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

M. Copeman: Merci, M. le Président. Dr Dutil, il y a un commentaire dans votre mémoire qui m'a étonné un petit peu, puis je vais, en premier lieu, peut-être faire une clarification. Vous dites, à la page 8, que «pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi, la mise en place du régime s'est accompagnée d'une nouvelle règle administrative et d'une contribution personnelle parfois plus importante». Une petite inexactitude parce que, évidemment, lors l'instauration du régime, les personnes prestataires d'aide sociale recevaient le médicament complètement gratuitement et toutes les personnes âgées payaient un maximum de 100 \$, bien, 2 \$ par ordonnance jusqu'à un maximum de 100 \$, tandis qu'avec l'instauration du régime le minimum qu'une personne âgée va payer, si elle prend des médicaments, c'est 200 \$, et le minimum que tous les prestataires d'assistance emploi payaient au début du régime était 200 \$.

Alors, de dire que c'est parfois plus important est, selon les faits, inexact. C'est plus important pour tout le monde, dans ces deux groupes de personnes que vous ciblez. Mais vous dites: «Dans l'ensemble, il n'y a pas eu de diminution de l'accessibilité et les médecins n'ont pas noté de changements durables de comportement en ce qui a trait à la façon dont les clientèles utilisent les médicaments.» C'est ça qui m'étonne un peu plus parce qu'on a eu une parade, un défilé de groupes devant nous, incluant des professionnels de la santé, des gens qui citaient le rapport Tamblyn, l'Association des hôpitaux du Québec, qui nous a dit que le rapport Tamblyn n'est que la pointe de l'iceberg; l'Association des propriétaires pharmaciens du Québec qui nous a dit, elle, qu'elle est obligée de subventionner des gens qui n'ont pas les moyens nécessaires pour acheter des médicaments; des groupes sociaux qui nous disent qu'il a fallu mettre en place des fonds spéciaux pour essentiellement aider les personnes à acheter des médicaments. Puis là vous dites qu'il n'y a pas eu de démission de l'accessibilité. Moi, je suis un peu... en tout cas, je reste un peu perplexe par cette information de votre part, à moins que vous ayez des études plus étoffées, plus scientifiques qui vous permettent de conclure ainsi.

M. Dutil (Rénald): Au début du régime, il y a eu des problèmes d'ajustement et effectivement les médecins omnipraticiens nous disaient: On constate, par exemple, que nos patients ne prennent pas toute la prescription. À cause du coût, ils ne vont en faire remplir que la moitié ou encore ne prennent pas la dose prescrite, pour étirer leur prescription. Mais les ajustements se sont faits et les commentaires que nous avons eus d'un grand nombre de médecins de famille que nous avons interrogés nous disent que, actuellement, l'accessibilité semble être aussi bonne. On dit bien: Dans l'ensemble, là. On ne nie pas que, pour certaines clientèles beaucoup plus problématiques, il n'y a pas encore des problèmes, là, et qu'il n'a pas fallu intervenir d'une autre façon pour qu'ils aient droit aux médicaments prescrits. Mais, pour l'ensemble de la population, on doit vous dire, nous, que le constat qu'on

fait, c'est que l'accessibilité est actuellement aussi bonne qu'elle l'était, là, avant la mise en place du régime d'assurance médicaments, pour ces personnes-là. Mais, au début du régime, il y a eu effectivement des problèmes d'ajustement et des problèmes d'accessibilité.

• (12 h 40) •

M. Copeman: Admettons, M. le Président, qu'il y a des divergences d'opinion là-dessus. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci. Je remercie M. Dutil... Alors, nous suspendons nos travaux.

(Suspension de la séance à 12 h 41)

(Reprise à 15 h 23)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux avec la Fédération des ACEF du Québec. Sans plus tarder, je pense que c'est Mme France Latreille qui va nous faire son exposé.

Vous avez une quinzaine de minutes, Mme Latreille, pour nous faire votre exposé. Mais, auparavant, j'aimerais, pour les fins de l'enregistrement, que vous puissiez nous faire connaître les personnes qui vous accompagnent.

Fédération des ACEF du Québec (FACEF)

Mme Latreille (France): Très bien. Alors, je suis France Latreille, je suis présidente de la Fédération des ACEF. Monique Émond m'accompagne, Denise Sicard et Monique Villemaire. On est membres du comité Dossiers sociaux de la Fédération des ACEF.

Alors, Mme la Présidente, Mme la ministre, M. et Mmes les membres de la commission, bonjour. Nous vous remercions pour cette invitation qui nous permet de participer aux travaux de cette commission et qui nous donne la possibilité d'exprimer nos recommandations concernant le régime d'assurance médicaments.

Tout d'abord, nous aimerions faire un bref portrait de la Fédération des ACEF. La Fédération des ACEF est un regroupement d'associations coopératives d'économie familiale qui travaille depuis 30 ans à l'amélioration des conditions de vie de la population. Nous intervenons régulièrement dans le débat public entourant les grands dossiers sociaux en lien avec les problèmes que nous constatons sur le terrain. C'est ainsi que, depuis ses débuts, le mouvement ACEF s'est impliqué très activement dans le dossier de la santé. L'instauration en 1996 du régime général d'assurance médicaments a représenté pour nous un progrès social indéniable. On va commencer par souligner les grands principes qui vont être mis de l'avant par notre présentation, tout au long de notre présentation.

Donc, la Fédération des ACEF estime qu'un régime universel public est le meilleur moyen d'offrir à toute la population du Québec un accès équitable aux médicaments sans égard à l'âge, au revenu et à l'état de santé.

Deuxièmement, il faut reconnaître que l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé, le médicament étant un traitement qui permet de remplacer des soins lourds et coûteux. Enfin, une politique du médicament qui permettra d'assurer une accessibilité raisonnable et équitable aux médicaments, une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse et qui encadrera le marketing des entreprises pharmaceutiques doit voir le jour le plus rapidement possible.

Avant de passer la parole à mes collègues, je dois souligner qu'on a essayé de rédiger notre mémoire de la façon la plus consciencieuse possible. Étant donné le court délai, on a réussi, mais on s'est rendu compte, à la lecture par la suite, qu'on a laissé passer quelques petites erreurs qui se situent principalement aux pages 8 et 9. Entre autres, le régime général, dans le mémoire, c'est comme si on le prenait comme le régime public, alors qu'on sait que le régime général, c'est public et privé. En tout cas, donc, c'est ça, les pages 8 et 9, là, on pourra peut-être les laisser de côté. Alors, je vais céder la parole à Monique Émond.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Émond.

Mme Émond (Monique): Pour exprimer un peu plus en détail notre point de vue, donc, la Fédération des ACEF propose d'entrée de jeu le scénario n° 7 qu'on retrouve dans le projet. Dans le mémoire que nous avons présenté en 1996, lors de la consultation publique sur le projet de loi n° 33, nous défendions déjà cette option, soit celle d'un régime entièrement public. Donc, on est égal à nous-même et on continue à proposer dans le même sens encore plus. Ce qu'on souhaite évidemment, c'est toute la question de dire que, par le régime public, on veut régler trois problèmes, c'est-à-dire la question de l'équité, la question de l'accessibilité et de la progressivité du régime.

Actuellement, des gens à faibles revenus assurés par le régime public et ne bénéficiant pas d'exemptions ont des problèmes d'accessibilité aux médicaments. Des personnes dont le revenu annuel est de 14 800 \$ sont placées sur le même pied que celles qui gagnent 50 000 \$ et leur plafond de contribution est aussi le même, soit 750 \$. Pour d'autres qui sont couverts par un régime privé, ils doivent assurer tous les membres de leur famille et, en plus des médicaments, s'assurer pour d'autres options, ce qui représente une facture assez élevée. Donc, le régime privé peut aussi être avantageux dans certains cas et très désavantageux dans d'autres cas.

En ce qui concerne la question de l'équité, si on se fie au rapport Gagnon, ce groupe de travail favorisait aussi le régime public et disait aussi que ça favorisait l'équité, ça facilitait aussi le contrôle et l'évolution des dépenses pour les médicaments et ça pouvait permettre de veiller à la meilleure utilisation possible des médicaments. Toujours selon le rapport Gagnon, ce régime assurerait une couverture minimale équivalente à tout le monde et serait financé par les utilisateurs, les employeurs, les particuliers et le gouvernement. Donc, un régime entièrement public par

une réelle mutualisation des risques permettrait à la fois d'assurer l'accès aux médicaments pour les personnes démunies et de régler les problèmes d'iniquité inhérents au régime hybride actuel.

Si on regarde dans notre mémoire aux pages 17, 18 et 19, ça résume nos recommandations. Donc, nous recommandons que soit maintenue la contribution actuelle du gouvernement de même que sa contribution tirée du fonds consolidé. Si on regarde à la page 18, nous proposons que l'ensemble des consommateurs de médicaments soient tenus de verser une contribution financière, à l'exception des personnes démunies; que soit maintenu le principe de coassurance et de la franchise pour favoriser un usage optimal des médicaments tout en tenant compte de la capacité de payer des utilisateurs.

Nous proposons que les montants fixés pour toutes les contributions des citoyens — comme pour la prime — soient établis en fonction du revenu et de la taille du ménage et non en fonction du statut — c'est-à-dire prestataire d'assurance emploi — ou de l'âge.

Nous proposons que le seuil de faibles revenus de Statistique Canada soit celui retenu comme seuil d'exemption au-dessus duquel tous les ménages seront exemptés entièrement du paiement de la prime. Nous proposons qu'à partir de ce seuil l'échelle progressive pour chacune des catégories de ménages, à l'intérieur de laquelle certains ménages seront exemptés partiellement ou entièrement du paiement de la prime, soit plus large pour chacune des catégories.

Nous proposons de maintenir l'exemption de toute contribution pour les enfants de 0 à 18 ans et les étudiants à plein temps de 18 à 25 ans sans conjoint. Nous proposons également de maintenir le plafond annuel de contribution à son niveau actuel afin d'assurer une protection aux familles qui ont des dépenses élevées pour l'achat de médicaments. Je vais passer la parole à Denise.

● (15 h 30) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Sicard.

Mme Sicard (Denise): Oui, bonjour. La FACEF estime essentiel d'intégrer la thérapie médicamenteuse au système de soins de santé. L'apport d'une médication judicieuse dans un plan de traitement n'est plus à démontrer. Il faudrait reconnaître que l'accès à ces médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé.

Avec l'évolution de la recherche et la production de nouvelles molécules, l'utilisation des médicaments constitue une avenue privilégiée par rapport aux autres possibilités de traitement. Des chirurgies peuvent être évitées, des hospitalisations sont moins fréquentes et de plus courte durée grâce à l'utilisation judicieuse des médicaments. Ainsi, la pharmacothérapie est économique, comparativement aux autres services médicaux souvent plus lourds.

Selon le rapport Gagnon, la pharmacothérapie est aussi essentielle à la santé de la population que les autres traitements médicaux qu'elle remplace ou modifie,

souvent. D'ailleurs, la majorité des pays qui ont mis sur pied un régime d'assurance maladie ont instauré un programme d'assurance médicaments et l'ont intégré à leur système de santé, la pharmacothérapie étant considérée comme un élément essentiel de l'ensemble des traitements médicaux.

De la même façon, Québec devrait intégrer les médicaments aux soins de santé. La thérapie médicamenteuse étant un apport essentiel dans le traitement des maladies, elle a des retombées bénéfiques sur la santé de la population qui se répercutent sur l'ensemble du système de santé, notamment par des économies dans d'autres programmes. C'est pourquoi les médicaments devraient être accessibles, au même titre que les autres traitements médicaux, de façon équitable et raisonnable pour toutes personnes qui en ont besoin.

De plus, comme c'est le cas dans les pays européens, le financement des médicaments devrait être intégré au financement des autres programmes de santé dans le système public. C'est d'ailleurs ce que préconisait la commission Castonguay-Nepveu, c'est-à-dire une inclusion progressive des médicaments au régime d'assurance maladie, avec l'implantation d'un régime universel d'assurance médicaments qui permettrait d'en mutualiser les risques et de rapprocher le Québec des pays européens en termes de comportement en matière de sécurité sociale.

Aussi, sur la base de ces considérations et parce que les médicaments sont un moyen de traitement essentiel qui devrait être accessible de façon équitable et raisonnable pour tous, nous recommandons que le gouvernement reconnaisse que l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé, et ce, surtout dans un contexte de virage ambulatoire. Je passe la parole...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Sicard. Mme Villemaire. Non?

Mme Latreille (France): C'est moi qui reprends la parole.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? D'accord. Mme Latreille.

Mme Latreille (France): Le troisième principe, c'est qu'il faut développer une politique globale du médicament. En juillet 1997, le ministre de la Santé de l'époque annonçait qu'un projet de politique du médicament serait rendu public à la fin de l'automne 1997. Cette politique devait viser les objectifs suivants: permettre une accessibilité raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes; assurer une meilleure utilisation du médicament; améliorer l'information aux usagers et aux professionnels de la santé; développer la recherche évaluative dans le domaine du médicament; et développer des stratégies efficaces de gestion des coûts.

Cette politique n'a jamais vu le jour. Elle aurait pu prévenir différents problèmes rencontrés durant l'application du régime. On pense que c'est important de

contrôler les coûts, sinon le programme est appelé à ne pas être viable à moyen terme. L'augmentation des coûts du régime est un problème souvent rapporté par le ministère. Augmenter les primes semble être la voie retenue par la ministre, mais, avant d'effectuer cette augmentation, ne vaudrait-il pas mieux effectuer d'autres changements, comme, par exemple, abolir la règle de 15 ans? Le Québec est la seule province à appliquer cette règle.

Dans presque tous les pays, incluant ceux où l'industrie pharmaceutique dite innovatrice est importante, la tendance est d'encourager au maximum la substitution par d'autres produits moins coûteux, génériques ou autres. Selon le rapport Gagnon, la Suède, le Royaume-Uni, l'Allemagne sont des exemples qui démontrent qu'il est possible de soutenir la recherche et le développement et les entreprises innovatrices tout en favorisant la consommation de produits génériques. D'ailleurs, toujours selon ce rapport, plusieurs de ces industries ont déjà fondé leur propre compagnie afin d'offrir des produits génériques.

Aussi, nous estimons qu'un encadrement serré des pratiques de promotion et de marketing de l'industrie pharmaceutique doit s'effectuer. Au Canada, les dépenses de mise en marché de ces entreprises sont deux fois plus importantes que celles qui sont consacrées à la recherche et au développement. À cause de cette promotion, les prescripteurs adoptent rapidement les nouveaux médicaments. Or, ces nouveaux médicaments sont plus coûteux.

Il faut maintenir l'interdiction de publicité directe pour les médicaments d'ordonnance auprès des consommateurs et la recherche de moyens efficaces pour empêcher la publicité indirecte sur les médicaments. Juste un exemple. Actuellement, dans les journaux, on peut voir une publicité qui veut prévenir les allergies printanières, et on sait très bien que c'est une compagnie pharmaceutique qui donne le message de consulter notre médecin. C'est de la publicité indirecte qu'on voit de plus en plus fréquemment maintenant à la télévision, dans les journaux.

Il faut favoriser un usage optimal des médicaments. Pour cela, il faut donner les moyens au Comité de revue de l'utilisation des médicaments de faire un travail adéquat. Il faut améliorer le comportement des prescripteurs et favoriser l'utilisation optimale des médicaments. À ce sujet, à cette commission, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments donnait l'exemple d'un antibiotique peu coûteux qui existe depuis 20 ans et qui représente le meilleur rapport coûts-efficacité, comparé à de nouvelles molécules dont le coût est 20 fois supérieur mais qui ne sont pas nécessairement plus efficaces.

Toujours durant cette même commission, le Collège des médecins proposait la mise sur pied de campagnes d'information aux médecins, visant à baliser le phénomène de la promotion du dernier médicament à prescrire à tout prix. Alors, voilà, on a fait le tour de ce qu'on avait à dire, on est prêtes pour les questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, mesdames, pour votre exposé. Je cède la parole à Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie pour votre mémoire, qui est assez élaboré à bien des égards. Juste sur les remarques que vous faisiez au départ pour dire qu'il y avait certaines petites coquilles qui s'étaient glissées, juste vous en souligner une — je pense que, d'entrée de jeu, vous l'acceptiez — pour qu'on soit bien clair. Dans le texte de la page 9, vous référez au fait qu'il n'y a pas de plafond pour les régimes privés.

Mme Latreille (France): C'était l'autre erreur aussi que...

Mme Marois: Ah bon! d'accord. Parfait.

Mme Latreille (France): ...je n'ai pas cru bon de nommer, parce que je disais: Est-ce qu'on peut laisser de côté les pages 8 et 9?

Mme Marois: Ah! O.K. D'accord. C'est parce que...

Mme Latreille (France): Mais, effectivement, il y a un plafond de 750 \$.

Mme Marois: C'est parce que, comme les textes restent dans nos archives, évidemment c'est important peut-être juste de le corriger.

Mme Latreille (France): Très bien.

Mme Marois: Effectivement, c'est un plafond sur le médicament — pas sur la prime, mais sur le médicament — qui est le même que celui du public, finalement.

Mme Latreille (France): C'est ça, absolument.

Mme Marois: C'est ça. Bon, on s'entend.

Mme Latreille (France): Oui.

Mme Marois: Merci. Par ailleurs, la politique du médicament, plusieurs organismes sont venus nous rappeler qu'il y avait eu un engagement à cet égard, qu'on voulait procéder à l'élaboration d'une telle politique. Je peux vous dire qu'il y a un travail préalable qui s'est fait au ministère, il y a eu des discussions qui ont eu cours, il y a des tentatives qui ont été faites, mais, devant l'ampleur de la tâche et aussi le fait que nous nous étions fixé déjà un gros mandat en implantant le nouveau régime d'assurance médicaments, constatant qu'il y avait peu de modèles à travers le monde, pour ne pas dire qu'il n'y avait aucun modèle nulle part à cet égard, on a préféré prendre le temps qu'il fallait pour consolider le régime.

On a déjà apporté des corrections. En cours de route, on a régulièrement apporté des corrections. On en a encore apporté une au printemps dernier qui a un impact depuis l'automne pour l'annulation des frais pour les personnes qui sont à la sécurité du revenu et qui ont des contraintes majeures à l'emploi.

Nous n'avons pas renoncé, cependant. Et, suite à l'analyse qu'on va faire de tous les mémoires qui nous ont été présentés, le point de vue qu'on émettra éventuellement sur les suites à donner aux consultations ici, on reviendra sur un plan pour une éventuelle politique du médicament, quitte à ce qu'elle soit plus modeste, cette politique, mais qu'elle permette de toucher les points les plus importants que plusieurs d'entre les groupes qui sont venus ont soulevés. Mais je voulais le dire, parce qu'il y a eu pas mal de boulot qui s'est accompli, mais c'est effectivement un mandat qui n'a pas été poussé au bout et qui sera repris éventuellement.

Je veux revenir sur des aspects plus concrets de vos recommandations. Dans l'utilisation optimale des médicaments, à la page 12, entre autres, vous mettez en évidence la nécessité d'améliorer la pratique des prescripteurs. Est-ce que vous avez des recommandations concrètes ou précises? Je connais justement bien les ACEF, je sais que vous êtes en contact avec des consommateurs, avec des groupes de consommateurs, avec des gens qui ont à gérer au quotidien, des fois, de tout petits budgets et qui sont aux prises avec des problèmes assez sérieux et qui peut-être n'osent pas faire de commentaires à leur médecin ou même à leur pharmacien, n'osent pas demander la question. Est-ce qu'il y aurait des actions un petit peu plus systématiques qu'on pourrait mettre en place pour améliorer cette pratique de nos prescripteurs?

• (15 h 40) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Latreille.

Mme Latreille (France): C'est certain que ce qu'on a entendu du Collège des médecins ou d'autres organismes, on parle beaucoup de la formation à améliorer au niveau des médecins, la formation de base et la formation continue. Ce qui a été dit, c'est que la formation à l'université portait sur très peu d'heures concernant tout ce qu'était la pharmacie. Les médecins apprennent, je ne me souviens pas des chiffres au juste, mais peut-être le nom de 200 à 300 médicaments, mais, après ça, ils ont à en utiliser plusieurs. Puis, avec la promotion et le marketing qui se font auprès des médecins, on sait qu'ils vont être portés peut-être davantage à utiliser le dernier médicament qui est sorti puis qui peut être souvent le plus coûteux. Donc, dans le fond, c'est d'y aller au niveau de la formation continue au niveau des médecins, dans un premier temps.

Mme Marois: Oui, c'est ça. En fait, c'est venu assez fréquemment, effectivement, dans toutes nos interventions. Il y a les comités de revue d'utilisation du médicament aussi pour l'utilisation la plus adéquate du médicament. Et aussi le respect des ordonnances, ça aussi, c'est un autre problème, a contrario peut-être, mais c'est un autre problème.

Mme Latreille (France): Absolument, c'est ça. Je pense qu'il faut faire l'information aussi auprès du public.

Mme Marois: C'est ça, plus...

Mme Latreille (France): Il y a toujours de l'information à faire. Je sais que, quand on va à la pharmacie, on a une liste plus longue de recommandations à respecter. Bon, c'est sûr que le consommateur a ces recommandations-là à respecter, mais il y a un travail d'information à faire aussi.

Mme Marois: C'est ça. Dans votre proposition, en fait, vous suggérez évidemment un régime universel, mais j'ai trouvé ça intéressant parce que, dans le fond, vous dites: Il faut continuer à conserver une contribution de l'usager et coassurance, etc. Est-ce que vous faites cette proposition dans une perspective où vous pensez qu'il y a une responsabilisation plus grande, à ce moment-là, une sensibilité plus grande des gens au niveau de consommation? Quel est le fondement de votre proposition à cet égard? Parce que, dit comme cela, je pense que vous êtes parmi les premiers à le présenter de cette façon-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Latreille?

Mme Émond (Monique): Je vais répondre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Émond.

Mme Émond (Monique): Oui. C'est qu'en fait on ne peut pas prendre cette proposition-là sans regarder l'ensemble, dans le fond, du financement du régime. Et ce qu'on apporte, oui, je pense qu'il y a des études qui l'ont démontré qu'effectivement l'effet de contribuer nous donne quand même une certaine sensibilité par rapport aux coûts. On dit aussi qu'il y a des gens qui... Mais on remarque aussi que, si vous dites... On parle de la proposition. On parle aussi à partir du seuil de revenus de Statistique Canada, c'est très important. Donc, ça veut dire que les personnes démunies économiquement n'ont pas à déboursier pour les médicaments. Mais, par contre, dans notre proposition, et ça, c'est très important pour nous que vous reteniez ça dans l'ensemble, on dit: Il n'y a pas juste... Les utilisateurs, oui, en partie, ça va toujours rester peut-être plus marginal par rapport à l'ensemble — on parle des employeurs — l'ensemble des employeurs du Québec. Comme ils financent le Fonds de santé, pourquoi pas... si on intègre l'assurance médicaments dans l'ensemble du système de santé. On parle des entreprises. On parle, dans le fond, très largement que ce soit un financement beaucoup plus large que celui des utilisateurs.

Et notre inquiétude, avec les scénarios, c'est de dire... Il faut que les gens finalement paient pour le coût du régime, mais on pense toujours utilisateur. Et on dit, nous, qu'à un moment donné la machine ne fonctionnera plus puisque les gens ne seront plus capables d'assumer le coût de ce régime-là. Et déjà, nous, on dit: Le plafond de 750 \$, c'est le maximum que les gens peuvent payer. Et on veut garder ces balises-là aussi. Mais on pense qu'il y

en a d'autres qui ont la responsabilité aussi d'assumer le coût de ce régime-là.

Et, moi, je rajouterais, en ce qui concerne la question du régime public, on dit: C'est un choix de société, c'est un choix que, nous, on pense que la société doit assumer, et on va plus loin que ça, on pense qu'on a les moyens de le faire. Mais ça, c'est toujours une orientation. Et, nous, on est toujours dans ce sens-là aussi. Donc, c'est plus que les utilisateurs, c'est de dire comment on peut financer ce régime-là, mais aussi comment donner... On parlait des principes d'accessibilité, équité, progressivité. Pour nous, il ne faut pas oublier ces dimensions-là.

Mme Marois: D'accord.

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

Mme Marois: Oui, merci, Mme la Présidente. Une autre question, peut-être d'un autre ordre. Mais vous faites quand même une assez longue démonstration aussi, vous dites: L'inscription des médicaments à la liste du remboursement. Vous disiez tantôt, à la page 21: «La liste des médicaments de la RAMQ devrait se limiter aux médicaments pour lesquels il est démontré hors de tout doute raisonnable qu'ils constituent une amélioration substantielle par rapport aux thérapies existantes.» C'est à la page 21. Vous avez un certain nombre de recommandations sur cette question-là.

Et, nous, on recommande des critères, d'explorer la possibilité d'utiliser des critères plus complets, dont la question de la sécurité, donc pas de risques pour la santé; l'efficacité théorique, c'est-à-dire qu'on a vu des résultats sur la santé lorsqu'il y a eu essais cliniques; le rapport coûts-efficacité; l'impact économique net; et enfin les valeurs sociétales. Est-ce que vous vous êtes penchés spécifiquement sur ces questions-là ou vous n'avez pas plus élaboré que ce que l'on retrouve ici?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Latreille.

Mme Latreille (France): On n'a pas vraiment plus élaboré. Dans le fond, pourquoi on a mis cette recommandation-là, c'est que, à lire différents rapports, différents documents, on lisait que les nouveaux médicaments qui étaient inscrits sur la liste étaient plus coûteux. Ensuite, on lit un autre rapport qui dit que, sur 80 nouveaux médicaments qui ont été acceptés, non pas sur la liste des médicaments mais qui ont été acceptés par le gouvernement fédéral, il y en a peut-être juste deux qui ont vraiment un effet...

Mme Marois: Nouveau, plus important.

Mme Latreille (France): Nouveau, oui, c'est ça, puis vraiment important.

Mme Marois: Une valeur ajoutée, comme on dit dans notre langage.

Mme Latreille (France): Exactement, c'est ça, qui a une valeur plus importante. Donc, c'est plus à ce niveau-là, dans le fond, qu'on puisse inscrire... Ça ne veut pas dire d'arrêter d'inscrire des médicaments sur la liste parce qu'ils sont nouveaux et donc coûteux mais continuer à inscrire des médicaments dont vraiment l'efficacité est...

Mme Marois: Est reconnue.

Mme Latreille (France): Est reconnue. Puis je pense que, effectivement, les gens — j'oublie le nom du comité qui...

Mme Marois: Le Conseil consultatif de pharmacologie, oui.

Mme Latreille (France): Le Conseil consultatif, merci beaucoup. Donc, actuellement, je pense qu'ils ont deux critères, ils fonctionnent selon deux critères pour l'inscription. Donc, effectivement, c'est très peu.

Mme Marois: En fait, c'est la justesse du prix et la valeur thérapeutique.

Mme Latreille (France): Exactement. C'est très peu. Je pense que l'ajout des critères que vous avez nommés tantôt peut être très pertinent, d'autant plus que, quand on lit, encore une fois, dans les journaux ou différents documents, que le Conseil a subi de fortes pressions de la part des compagnies pharmaceutiques pour l'inscription de leurs médicaments, et ce qu'une personne du conseil disait, c'est que moins le dossier est étoffé scientifiquement, plus les pressions sont fortes, donc je ne pense pas que ça soit mauvais d'augmenter le nombre de critères pour l'acceptation des nouveaux médicaments.

Mme Marois: D'accord. Je vous remercie, Mme la Présidente. Pour l'instant, ça va.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, merci, Mme la ministre. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, Mme la Présidente. Bienvenue, merci pour votre mémoire et également pour votre présentation. Vous notez, dans votre mémoire, notamment à la page 6, l'impact désastreux qu'a eu la mise en place du régime en 1996, notamment pour les prestataires de la sécurité du revenu, dans le temps — ça a changé de nom — et notamment pour les personnes qui avaient des contraintes à l'emploi. Ça, ça a été corrigé au mois d'octobre dernier, évidemment après deux ans et demi. Maintenant, dans la perspective où le gouvernement n'opterait pas pour un régime public, tel que vous le souhaitez et que vous indiquez comme orientation que vous préférerez, mais maintiendrait à peu près le régime actuel avec une hausse des

primes, comment est-ce que vous jugez qu'il y aurait aussi un impact négatif sur les clientèles les plus démunies, notamment du côté des prestataires d'assistance emploi et des personnes âgées?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Latreille? Mme Émond.

Mme Émond (Monique): Je vais commencer à répondre. Premièrement, je pense que c'est important — vous dites que ça a eu des impacts désastreux, tel que vous le soulevez — qu'il faut préalablement qu'on resitue que, nous, on a dit que le régime était un avantage social important quand ça a été mis là. Donc, il y a des impacts désastreux pour certaines catégories, mais, au départ, l'arrivée du régime, pour nous, ça a été très important.

● (15 h 50) ●

L'autre question, c'est que vous dites: Si on augmente, finalement, si on garde le régime tel qu'il est actuellement... Toutes nos propositions aussi vont dans le sens de dire: Il faut augmenter la progressivité, entre autres. Les échelles, on parle d'un maximum de 14 800 \$ où les gens paient le même prix que les gens qui gagnent 50 000 \$, ça, pour nous, ça n'a plus de sens, ça ne se tient pas. Donc, si on garde le régime tel qu'on est, il y a aussi des changements à faire, parce que, à un moment donné — ce qu'on disait aussi tantôt — il y a des gens qui ne pourront plus se payer ce régime-là. Donc, il y a des changements, qui demeurent dans nos recommandations de toute façon, pour rendre ça encore plus accessible.

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

M. Marcoux: Je pense que madame...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Vous voulez ajouter quelque chose, Mme Villemare?

Mme Villemare (Monique): Parce que vous citiez le cas des personnes à l'assistance emploi. Je pense qu'on l'a mentionné dans le mémoire. Mais ce qu'il est important de souligner, c'est qu'on n'a pas corrigé l'ensemble du problème. Actuellement, il y a des gens à l'assistance emploi, et même des personnes à faibles revenus, qui n'ont pas les moyens de payer les médicaments à l'heure où on se parle. Alors, je pense, que ça c'est quelque chose qui est à corriger rapidement. Les correctifs qui ont été apportés, comme le rapport Tamblyn l'avait démontré amplement, il y a avait de très sérieux problèmes et, ces problèmes-là continuent pour les autres. Ceux qui ne sont pas soutien financier, je crois qu'on... Alors, c'est juste l'importance de rappeler ça actuellement à la ministre.

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

M. Marcoux: Donc, quand vous parlez de progressivité, ce que vous suggérez, dans le cadre toujours

hypothétiquement du régime actuel, c'est d'éliminer les contributions, par exemple, et les primes pour les personnes qui seraient sous le seuil de faibles revenus établi par Statistique Canada. Est-ce que c'est ça que vous suggérez et...

Mme Émond (Monique): Pourquoi on a pris le seuil de Statistique Canada? C'est toujours un débat, ça, hein. Est-ce qu'on prend celui du développement social? Est-ce qu'on prend... Bon. Pour nous, c'est celui peut-être qui correspond un peu à tout le monde finalement, qui est moins critiqué, je dirais, que les autres seuils. Donc, nous, on s'est basé sur celui-là parce qu'on considère que c'est un seuil que... la majorité peut s'appuyer sur ces chiffres-là.

M. Marcoux: Donc, ce que vous suggérez, c'est d'éliminer mais d'augmenter pour des personnes qui auront des revenus plus élevés. Lorsqu'on regarde les adhérents, dans le cadre du Fonds d'assurance médicaments, ce que, en fait, plusieurs groupes nous ont mentionné, c'est que, dans ces adhérents-là, il y en a plusieurs qui n'ont pas des revenus très élevés. Alors, j'imagine que ça prendrait une progressivité assez importante si nous voulions aller récupérer, au global, le même montant que celui qui est actuellement perçu auprès à la fois des adhérents et des personnes âgées.

Mme Émond (Monique): C'est pour ça qu'on insiste beaucoup sur la question du... Je pense qu'on radote peut-être, mais on radote sur la question du régime public parce que, pour nous autres, c'est la façon de régler ces problèmes d'équité là puis ces problèmes d'accessibilité là. Je sais qu'on peut garder le même régime, ça me semble vouloir aller dans ce sens-là, mais, nous, on dit: Pourquoi on ne continue pas à regarder cette possibilité-là d'un régime public? parce que ça règle une grosse partie du problème que vous dites parce que le financement ne repose pas uniquement sur les utilisateurs mais repose sur l'ensemble des acteurs de notre société qui doivent assumer le coût de ce régime-là. C'est pour ça qu'on est toujours... On ne tourne pas en rond, mais on est très insistants sur cette question-là.

M. Marcoux: Simplement, peut-être un commentaire là-dessus, parce que la semaine dernière, la ministre nous a indiqué, qu'à court terme il y aurait une augmentation des primes. Alors, ça, je pense, que c'est déjà connu et public. Vous parlez, à la page 9, de la protection des renseignements personnels en indiquant que la mise en place du régime avait révélé des possibilités de bris de confidentialité du dossier médical et des données cliniques. Est-ce que la mise en place du régime a accentué ces problèmes-là, selon vous, ou si simplement ça existait déjà et, pour vous, il y a des correctifs qui devraient être apportés?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Madame Villemare.

Mme Villemaire (Monique): Bon. À ce sujet-là, on n'a pas les données pour savoir si ça a été empiré ou pas. Ce qu'on sait, c'est que, dans l'ensemble des données qui sont dans les banques gouvernementales et privées, il y a des bris de confidentialité. Ce qu'on dit, c'est qu'il y a eu effectivement des choses qui ont été signalées, avec l'installation du régime public, qui existaient avant avec les assureurs privés, mais peut-être dans une moindre mesure parce qu'il y avait des ententes où ils envoyaient leurs factures directement à l'assureur. Sauf, que ce qu'on dit là-dessus, on n'a pas la solution, mais on veut réaffirmer l'importance d'assurer la confidentialité de l'information, et ça, ça touche bien des dossiers et c'est très important en ce qui concerne les données médicales peut-être plus particulièrement. Et puis je pense que c'est encore un argument pour demander un régime public. Je lisais les débats, la semaine dernière, d'une... Je ne sais pas comment ils s'appellent. Ce n'est pas PharmaVision, mais...

Une voix: C'est PharmaVision.

Mme Villemaire (Monique): C'est PharmaVision? En tout cas, ils demandaient: Pour faire des suivis, des évaluations de l'utilisation des médicaments, ça serait intéressant qu'il y ait une comparaison des données privées et publiques. Je pense que, s'il y a lieu de faire ça, ça serait peut-être à l'inverse qu'il faudrait le faire parce qu'il y a plus d'assurance... Bien qu'on sache que ce n'est jamais totalement assuré, je pense que, le gouvernement, on peut plus se fier qu'il ait des politiques pour protéger les renseignements personnels. Alors, je pense qu'on fait réaffirmer ça. On est une association de consommateurs et puis c'est une question qui nous préoccupe.

M. Marcoux: C'est certainement un aspect très important, je pense, la protection des renseignements personnels. Vous avez abordé le sujet de la politique globale du médicament ou d'une politique globale du médicament, la ministre y a fait allusion. Évidemment, ce qu'on peut constater, tel que vous l'avez indiqué, le ministre de la Santé de l'époque avait annoncé la mise en place d'une politique en juillet 1997, près de trois ans après, il ne semble pas y avoir eu grand-chose de fait. La ministre nous indiquait qu'elle voudrait mettre un chantier en place sur cette question-là. Mais, je me dis, s'il n'y a rien eu de fait pendant trois ans, qu'est-ce qui peut nous faire croire que ça puisse se réaliser? Est-ce que c'est parce que c'est trop compliqué? Ça ne s'est pas fait ailleurs. Puis, on a bien beau l'annoncer, est-ce que c'est réaliste de pouvoir le mettre en oeuvre?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Émond.

Mme Émond (Monique): Mme Marois nous a répondu sur cette question, alors on l'a écoutée. C'est enregistré aussi, puis on peut même le lire sur Internet.

M. Marcoux: Il n'y a pas de date, hein. Il n'y a pas de date.

Mme Émond (Monique): Alors, on rappellera à Mme Marois régulièrement ce qu'elle a dit, ce qu'on vient de faire tantôt pour un autre ministre. Alors, on lui rappellera régulièrement qu'elle avait dit ça à la commission. Si Mme Marois est d'accord, on va la talonner là-dessus. Vous êtes habituée de vous faire talonner.

Mme Marois: Les paroles restent, dans notre cas, maintenant.

Mme Émond (Monique): Oui, c'est ça. Donc, on espère que ça va venir. On a attendu. Donc, ce sera à nous, comme groupe de pression, de rappeler à Mme Marois ses promesses, en tout cas, au moins ce qu'elle a annoncé aujourd'hui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil, est-ce que vous me permettez un commentaire?

M. Marcoux: Certainement, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Parce que, depuis ce matin, on parle beaucoup de régimes publics, et, je dois vous dire, moi, ça me surprend, ça me surprend beaucoup, dans le sens qu'auparavant vous aviez les personnes qui étaient sur l'aide sociale ou les personnes les plus démunies, les personnes âgées qui n'avaient pas à payer pour les médicaments. On décide de faire un régime d'assurance médicaments pour essayer de donner le service à plus de personnes, mais, voilà, finalement, on se rend compte, après quelques années, que le budget est défoncé et puis que ça va augmenter année après année. Et là, maintenant, on se questionne sur la façon dont on va pouvoir régler le problème.

Vous nous arrivez aujourd'hui en disant: C'est un régime public et il faut toujours exempter les plus démunis — ça, je suis tout à fait d'accord avec ça — mais, en même temps, on va continuer à faire payer peut-être ceux et celles qui sont les plus taxés au Canada. Alors, je me dis, moi, sans qu'on ait fait de débat public — je ne suis pas contre: Comment on peut, par exemple, décider d'un régime public sans même faire de débat auprès de la population, alors qu'on n'en a pas eu? Certaines personnes parmi la population souhaitent avoir un régime d'assurance médicaments, mais la population, comme telle, ne l'exigeait pas. Il n'y a pas eu de grands débats, à l'époque. Alors, le gouvernement a décidé d'aller dans ce sens, avec les conséquences qu'on connaît maintenant, compte tenu des sommes, des budgets qui sont défoncés. Et là il faut trouver des solutions. Mais, si on en arrive à un régime public pour exempter les plus démunis, comme vous le souhaitez, et les personnes âgées et faire payer ceux qui sont déjà lourdement taxés, moi, je pense qu'on va devoir avoir un débat de société sur ça avant d'en décider. Il faut que la population soit au moins consultée sur ça.

• (16 heures) •

Mme Émond (Monique): Sauf que je pense que c'est important qu'on remarque que, premièrement, une

des contradictions qui est ressortie beaucoup, avec le régime qu'on appelle le régime hybride, c'est qu'on se rend compte finalement que la partie publique couvre des gens qui sont beaucoup plus vulnérables sur le plan de la santé, des gens plus pauvres, des gens plus sujets à la maladie, je dirais, compte tenu de ces conditions de vie. Nous, on l'élargit dans un régime public en disant: Mais il y a d'autre monde dans notre société, d'autres parties de la société qui ont des régimes privés, qui assument déjà des coûts au niveau de l'assurance médicaments. Là il faut voir. S'ils ont un régime privé, donc ils déboursent déjà des sommes et même, pour certains, c'est des sommes très élevées, comparativement à...

Et quand vous dites: C'est un débat de société, c'est sûr que, nous, on représente une orientation. C'est clair, hein, on le voit dans nos documents et, pour nous autres, oui, effectivement, c'est un débat de société, mais un débat de société qui est de plus en plus présent et où à un moment donné on dit: Bon, quel est le rôle de l'État et comment l'État peut considérer l'ensemble de ces citoyens-là? Donc, pour moi, ce projet de loi là fait partie intégrante du débat de la société. Et, nous, on a fait nos choix là-dessus dans le fond.

Mme Latreille (France): J'aimerais juste peut-être rajouter...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Latreille.

Mme Latreille (France): ...un élément. Notre deuxième principe, c'était d'intégrer... que les médicaments, tout l'aspect médicaments, assurance médicaments, soit intégré aux soins de santé globalement. On peut en faire un débat de société, mais je pense qu'il y a beaucoup de gens déjà qui demandent que les médicaments fassent partie intégrante des soins de santé.

Les médicaments, c'est devenu une thérapie qui est beaucoup moins coûteuse qu'une chirurgie, qu'une hospitalisation. Donc, pourquoi ne pas faire accéder toutes les personnes aux médicaments? Pourquoi une personne hospitalisée a le droit de recevoir des médicaments? Mais, une fois qu'elle est sortie de l'hôpital, même si le médicament est nécessaire, si elle n'a pas les moyens de se le procurer, bien elle n'y aurait pas accès.

Donc, dans le fond, c'est de vouloir intégrer les médicaments dans la globalité des soins de santé, tout simplement. Et... Tout simplement, c'est ça. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous comprendrez que je ne suis pas en désaccord avec ça, sauf que c'est un choix de société. Alors, quand le gouvernement décide d'assurer des médicaments gratuits à l'ensemble de la population, c'est un choix de société par rapport à d'autres, compte tenu des budgets qu'un gouvernement a. C'est un choix de société. Alors, c'est

dans ce sens-là que je me dis que, si le gouvernement privilégie ce choix de société — parce qu'il y a des gens qui doivent payer en bout de ligne: On se doit d'avoir un certain débat là-dessus.

Mme Émond (Monique): Et les gens paient déjà, il ne faut pas oublier ça non plus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Pardon?

Mme Émond (Monique): Les gens paient déjà pour avoir une assurance médicaments, qu'elle soit publique ou privée.

Mme Latreille (France): C'est ça. Ce n'est pas gratuit.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la ministre, il vous reste trois minutes.

Mme Marois: Alors, il me reste peu de temps. Je vous remercie, Mme la Présidente. Peut-être une question que vous abordez aussi dans votre mémoire, c'est toute la question de l'encadrement serré des pratiques de promotion, de marketing de l'industrie pharmaceutique. Je l'ai posée à d'autres groupes aussi. J'essaie de voir s'il apparaît des convergences, de quel ordre et si on peut dégager certains points de vue, là, en les campant un peu mieux.

Pouvez-vous m'en parler un petit peu, comment vous verriez ça, cet encadrement-là? Surtout que vous êtes dans le domaine spécifiquement de la protection des consommateurs et de toutes ces questions.

Mme Latreille (France): Bien, peut-être un encadrement, entre autres, au niveau de la promotion, au niveau du marketing. Tantôt, je donnais l'exemple d'une publicité qu'on voit dans les journaux contre — voyons, je perds le terme, là — les allergies printanières.

Mme Marois: Oui.

Mme Latreille (France): C'est ça. Donc, avant on ne voyait pas ce genre de publicité-là. Puis il y a tout l'aspect aussi d'échantillons qui sont donnés aux médecins, des congrès, des colloques qui sont subventionnés. Il y a des regroupements de médecins, même, qui se disent: Il faudrait peut-être baliser ce genre de pratique là. Je pense qu'il y a des moyens d'encadrer davantage les pratiques de ces compagnies pharmaceutiques là.

Mme Marois: D'accord.

Mme Émond (Monique): Un peu civiliser le marché dans ce sens-là, là.

Mme Marois: Oui, ça va. Je comprends bien. Alors, bien, moi, je vous remercie de votre contribution à nos travaux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, mesdames. Et je demanderais immédiatement au Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec de prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je salue les deux représentants du Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec, j'imagine qu'il s'agit de Mme Martine Caplette, qui est la présidente, de même que M. Jacques L'Espérance, qui est actuaire à la Société conseil Mercer limitée. Alors, Mme Caplette, c'est vous qui allez faire la présentation du mémoire? Vous avez une période de 15 minutes pour la présentation. Je vous remercie, je vous cède la parole.

Regroupement d'employeurs sur la santé au Québec (RESQ)

Mme Caplette (Martine): Merci beaucoup. Alors, permettez-moi d'abord, au nom des membres du Regroupement des employeurs sur la santé au Québec, de remercier le gouvernement pour l'opportunité qui est donnée au RESQ de présenter son mémoire concernant la revue du régime général d'assurance médicaments.

Après une courte présentation du Regroupement des employeurs sur la santé au Québec, le RESQ, c'est Jacques L'Espérance de la Société conseil Mercer qui vous exposera le constat général du RESQ, après quoi je commenterai les pistes de révision publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous terminerons notre exposé en apportant les commentaires sur les éléments de solution aux problèmes de fonctionnement du régime général identifiés à la section 3 du document *Les pistes de révision*.

Le Regroupement des employeurs sur la santé au Québec voit le jour en 1994. Son but est de jouer un rôle actif dans l'évolution des soins de santé au Québec et de faire connaître la position des employeurs en matière de santé. Les données fournies par les 22 employeurs participants ont permis d'établir que le Regroupement représentait alors 375 000 résidents du Québec, que les impôts versés par ceux-ci au Fonds des services de santé du Québec s'élevaient à 200 millions de dollars et que les coûts de leur régime d'assurance pour soins de santé s'élevaient à près de 100 millions de dollars.

Le RESQ se donne comme mission d'être un centre d'influence sur l'orientation des politiques de soins de santé. Le RESQ a analysé le rapport Demers qui proposait l'implantation d'un régime universel de médicaments pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Il a fait savoir sa position à ce sujet dans son mémoire au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le RESQ a aussi été invité à présenter un mémoire, au printemps 1996, aux audiences de la commission Castonguay et par la suite en commission parlementaire concernant le régime public de médicaments. Grâce à son intervention, les normes applicables au régime collectif

sont plus souples et moins coûteuses que celles prévues initialement dans le projet de loi.

Les liens établis auprès des associations professionnelles, des prestataires ou des producteurs de services et des instances gouvernementales ont permis aux employeurs de faire connaître leur rôle et leurs préoccupations concernant les régimes de soins de santé et d'établir des liens positifs entre le RESQ et les représentants-clés du milieu de la santé.

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

M. L'Espérance (Jacques): Oui, madame. Je vais vous résumer le constat général du RESQ. Tout d'abord, on va vous rappeler qu'en 1996, dès l'instauration du régime, le Regroupement d'employeurs s'est prononcé pour une couverture universelle des gens au Québec d'assurance médicaments. Et, dans une lettre que nous faisons parvenir le 9 novembre à Mme Fillion, sous-ministre de la Santé, on disait ceci: «Force est de constater qu'après trois ans de vie du régime d'assurance médicaments le secteur privé, c'est-à-dire tant les employeurs que les assureurs, s'est ajusté à la loi et que celle-ci, sans être parfaite, fonctionne très bien pour nos employés, leur conjoint et leurs personnes à charge.» Alors, le constat général du RESQ, c'est que la structure du régime est bonne.

Nous avons aussi constaté que tous les paramètres du régime ont été gelés pendant trois ans, ce qui nous a un petit peu surpris parce que, dans la loi comme tel, aux articles 23 et 26, le gouvernement pouvait ajuster les primes. On s'attendait tous à ce que les primes ne bougent pas pour les deux premières années, le temps de s'ajuster, mais on avait pensé qu'elles auraient été ajustées plus rapidement.

Nous croyons aussi qu'il est important de constater l'état financier du régime, à tout le moins de ce qu'on en connaît publiquement. Selon les rapports de la Régie de l'assurance maladie, l'année financière terminée fin mars 1999, et dont les résultats sont résumés dans le rapport sur les pistes de révision... que le déficit cumulatif est de 14,1 millions de dollars — on parle du régime des adhérents, 1,5 million de personnes — sur environ 500 millions de primes payées en trois ans, ce qui veut dire à peu près 3 %. Vous demanderez à n'importe quel employeur privé, il serait très content d'avoir des résultats comme ça.

• (16 h 10) •

Alors, notre constat, c'est que le régime financièrement a été correct, et, si les primes et les paramètres avaient été ajustés le moins avec l'inflation, on n'aurait pas de problème. Encore une fois, on parle du régime des adhérents, du 1,5 million de personnes. Et on va revenir plus tard au fait qu'il y a un mélange de toutes sortes de choses dans ça.

Une autre chose qui nous apparaît importante de souligner, c'est que... Et aux pages 60 et 61 du rapport d'évaluation, on mentionne que la consommation au Québec en 1997 était de 334 \$, consommation moyenne

des gens, qui se situait dans la moyenne des États-Unis et de l'Europe. Donc, pour nous, il nous paraît important de souligner que les Québécois ne sont pas de plus avides consommateurs de médicaments qu'ailleurs et que la venue du régime, en tout cas à prime abord, ne semble pas avoir changé cet état de fait. On ose croire que, oui, il y a plus de médicaments maintenant qui sont achetés parce que les gens s'en privaient, c'est le but d'une assurance médicaments, mais on ne croit pas voir là d'abus extraordinaire.

On veut souligner notre appréciation des deux documents, qui ne sont pas parfait non plus, qui ont été présentés: évaluation et pistes de solution. Je pense que ça a permis à beaucoup de monde de voir un paquet d'informations qui n'étaient pas disponibles avant. On peut discuter des fois sur comment sont données les informations, mais à tout le moins on en a beaucoup.

Toutefois, nous nous questionnons — et là je vais revenir peut-être au mot à mot du texte de la page 5 de notre mémoire — sur l'à-propos de certaines données. En effet, selon les chiffres apparaissant à la page 55 du document *Le bilan du régime*, le coût annuel pour les adhérents est de 330 \$ en 1999 — le coût d'achat de médicaments. Donc, en appliquant la franchise et la coassurance prévues actuellement à la loi de même qu'un frais d'administration, nous arrivons à une prime de l'ordre de 250 \$ à 275 \$, en supposant qu'il n'y ait aucune subvention pour les adhérents ayant de bas revenus, ce qui est passablement moins élevé que les montants de 325 \$ et 350 \$ mentionnés dans les pistes de solution.

Nous croyons qu'il serait primordial que la mise en place des modifications soit faite après une révision rigoureuse des statistiques et hypothèses. Une des craintes que l'on a, c'est que, comme lors de la mise en vigueur de la loi 33, où les principes, nous croyons, étaient très bons, malheureusement la mise en place dans un laps de temps très restreint a fait causer des erreurs et peut-être un petit peu de dérapage, mais finalement en bout de ligne on s'en sort bien. Mais il faudrait faire attention que l'application des bons principes ne vienne pas foutre en l'air les choses.

Enfin, nous suggérons que soit formé un comité permanent sur lequel siègeraient autant les représentants du public et du privé qui analyseraient l'évolution du système. On ne veut pas un comité lourd mais un comité qui, je ne sais pas, deux fois par année, voit des chiffres et peut donner des orientations au gouvernement et non pas attendre deux ou trois ans, à la fin.

Alors, c'est tout pour le constat général. Mme Caplette reprend la parole pour, de façon peut-être plus systématique, donner le point de vue du RESQ sur les scénarios proposés.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Caplette.

Mme Caplette (Martine): Alors, nos commentaires sur les sept scénarios de financement proposés sont les suivants. Étant donné que les quatre premiers scénarios sont des variations du régime actuel, nous avons préféré combiner nos commentaires dans la proposition suivante.

Dans un premier temps, nous sommes d'avis que tous les paramètres fixes, prime, franchise, le montant de débours maximum, devraient être automatiquement révisés sur une base annuelle. Toutefois, les facteurs appliqués à chacun de ceux-ci pourraient varier. Quant à la coassurance, nous croyons qu'une participation de 25 % pour un assuré à l'achat d'un médicament nécessaire et médicalement requis à sa bonne santé est suffisante. Par ailleurs, il y aurait peut-être lieu de se pencher sur la possibilité d'avoir un deuxième niveau de remboursement relativement plus bas, tel que 50 % ou 60 %, pour des médicaments qui seraient jugés moins vitaux.

Nous appuyons l'idée que le Fonds d'assurance médicaments ne reçoive des primes que d'un groupe de personnes et ne paie des prestations qu'à ce groupe, c'est-à-dire les adhérents. Les primes payées par les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi devraient donc être versées au fonds consolidé et non au Fonds d'assurance médicaments. Dans le même esprit, étant donné que ce régime se veut un régime d'assurance, nous croyons que toute aide fiscale devrait provenir du fonds consolidé et non pas des assurés payant une prime.

En ce qui a trait à la prime demandée, il est impératif que celle-ci demeure réaliste. À cet égard, une prime de 550 \$ telle qu'énoncée au scénario 3 représente presque deux fois le coût réel. Il nous apparaît inacceptable de demander une telle contribution aux citoyens et aux citoyennes du Québec.

Comme vous pouvez le constater, notre proposition retient les principaux éléments des quatre premiers scénarios identifiés sauf en ce qui concerne l'augmentation de la coassurance.

En ce qui concerne les cinquième, sixième et septième scénarios, le cinquième scénario prévoit l'obligation pour les assureurs privés de couvrir les adhérents du régime public. Le régime actuel a été mis en place il y a seulement trois ans et encore une fois semble être bien accepté par la très grande majorité de la population et des professionnels. Nous ne voyons pas l'utilité à ce moment-ci de bouleverser cet état de fait en transférant les adhérents au secteur privé. De plus, le scénario amènerait sans doute bon nombre de discussions sur le niveau de prime. Les assureurs prétendront qu'elle est trop faible alors que la population la trouvera trop élevée. La perception générale sera que ce changement est pour permettre aux assureurs de faire des profits indus avec une clientèle attachée.

Le sixième scénario décrit un régime catastrophe. Selon la description qui en est faite, il s'apparenterait au régime actuellement en vigueur en Ontario. Nous ne retenons pas cette idée pour la même raison que celle énoncée pour le scénario 5, soit que le régime actuel est nouveau et fonctionne bien. De plus, il faudrait s'assurer de faire le lien avec les régimes privés, à savoir quelles obligations seraient exigées de ces derniers. Enfin, si l'on veut que ce régime joue son rôle social d'éviter de fortes dépenses pour les soins de santé, il nous semble qu'une franchise de 4 % du revenu familial est beaucoup trop élevée pour satisfaire cet objectif.

Le septième scénario viserait à rendre le régime totalement public. En plus des commentaires soulevés pour les deux scénarios précédents, nous croyons que ce scénario aurait des désavantages majeurs. En effet, nous croyons que la concurrence entre le régime public et les régimes privés est excellente et nous force tous à trouver toujours de meilleures solutions. De plus, nous ne croyons pas que le temps est propice à ajouter des programmes gouvernementaux. Enfin, est-il nécessaire de souligner l'effet très négatif qu'un tel changement aurait sur les assureurs québécois en particulier.

En résumé, nous croyons que les principes du système actuel doivent être conservés tout en y apportant des ajustements automatiques pour les paramètres fixes de même qu'une épuration pour faire en sorte qu'il y ait adéquation entre la population qui verse des primes et celle qui reçoit les prestations. Il demeurera impérieux de s'assurer que les primes demandées soient réalistes.

À la section 3 du document *Les pistes de révision*, un certain nombre de problèmes et de solutions à ceux-ci sont présentés. Nous aimerions y apporter les commentaires suivants. En ce qui concerne le coût élevé de certaines catégories, conjoint, retraité de moins de 65 ans, etc., nous comprenons qu'un bon nombre de groupes du secteur privé ont déjà mis en place des produits particuliers pour pallier à ces problèmes. D'autre part, étant donné la hausse anticipée de la prime du régime gouvernemental, il est fort possible que ce problème qui, selon nous, n'était déjà que de peu d'envergure, se règle de lui-même.

En ce qui concerne le manque de continuité entre les régimes public et privé, nous sommes totalement d'accord pour que des modes de transfert d'informations entre les assureurs eux-mêmes et la Régie soient mis en place pour les personnes atteignant le maximum de 750 \$.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste une minute.

M. L'Espérance (Jacques): Alors, je vais procéder très rapidement. Je reviens au troisième point. Un des points qui était mentionné dans les pistes de solution, c'était la mutualisation entre le régime public et le privé. On a beaucoup de misère à comprendre ce point-là. La mutualisation dans le privé ne concerne que les petits groupes, en bas de 125, de sorte qu'un médicament très cher de 25 000 \$ ou 30 000 \$ ne vienne pas bousiller, en bon français, l'expérience. Et on comprend mal qu'un groupe de 1,5 million profiterait d'une telle chose.

• (16 h 20) •

D'autre part, on compare aussi un coût moyen de 314 \$ dans le privé à 340 \$ dans le public; j'aimerais savoir comment on calcule 314 \$. Personnellement, je n'en ai aucune idée et je travaille dans ce domaine-là depuis 15 ans. Il y a une multitude de régimes différents, des listes de médicaments qui sont différentes, alors comment peut-on dire que le coût du privé est plus haut, plus bas que le public? Je ne le sais pas. Peut-être que c'est vrai, mais on a beaucoup de misère à voir cette chose-là, le fameux transfert de population, là, du privé au public.

Les régimes privés existaient. Il y a des gens qui sont malades dans les entreprises privées, qui sont invalides, et, donc, pour nous, on pense que... La population de 1,5 million — on ne parle pas des personnes âgées ou des gens sur le bien-être social — les 1,5 millions sont sensiblement le même genre de population. Alors, il doit te rester à peu près 20 secondes, Mme la présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. L'Espérance. Mme Caplette. Alors, vous voulez... votre temps...

Mme Caplette (Martine): Deux derniers petits points.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord, rapidement.

Mme Caplette (Martine): Alors, les deux points qu'on voudrait faire, c'est, premièrement, je pense qu'il faudrait s'assurer en tout temps que les prescriptions sont données aux bonnes personnes, au bon moment et au meilleur coût possible. À cet égard, la mise en place au Québec d'un avisur thérapeutique, sur lequel il y a eu des discussions avec plusieurs intervenants au cours des dernières années, devrait être poursuivie dans les plus brefs délais ainsi que la mise en place d'un système informatisé de carte à puce ou carte électronique, qui est un élément essentiel à un programme sur la meilleure prescription pour tous les Québécois. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la ministre, à vous la parole.

Mme Marois: Je voulais juste vérifier une information...

(Consultation)

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. J'ai écouté avec attention vos propos, j'avais lu aussi le mémoire. Parmi les derniers propos que vous avez tenus concernant la comparaison entre les adhérents... Oublions les personnes âgées et les personnes à la sécurité du revenu, prenons les adhérents, donc ceux qui paient la prime, etc., en fait ils ont des revenus de l'ordre de — vous disiez?

Une voix: Moins de 20 000 \$.

Une voix: 57 %.

Mme Marois: Alors, 57 % des adhérents ont des revenus de moins de 20 000 \$. Alors, ce sont généralement, les adhérents, des gens qui ont des revenus inférieurs aux participants à des régimes collectifs ou à des régimes privés et ce sont beaucoup des travailleurs, des travailleuses autonomes évidemment, ça va de soi, puisque le régime, entre autres, permettait justement et voulait

couvrir l'ensemble de la population. Souvent, pour certains, ce sont des gens qui ont... certains peuvent avoir de très, très bons revenus, mais d'autres des revenus assez bas. Donc, il s'agit de cela.

Je comprends dans le fond que, ce que vous souhaitez, c'est dire: Bon, c'est un régime d'assurance ou c'en n'est pas, et vous préféreriez qu'on parle d'un régime d'assurance et qu'on distingue bien toute la contribution du gouvernement par le Fonds consolidé à la portion assistance et qu'on la traite comme telle. Je comprends bien cela. C'est comme ça que vous l'évaluez ou que vous souhaiteriez qu'on puisse procéder.

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

M. L'Espérance (Jacques): Absolument. Oui. Lorsqu'on parle du régime des adhérents, le 1,5 million...

Mme Marois: C'est ça.

M. L'Espérance (Jacques): ...oui, c'est un régime d'assurance dans lequel il rentre des primes, des prestations à payer à ce groupe de personnes là. Et, si on veut et on trouve ça très correct, d'aider les gens à bas revenus, que cet argent-là provienne du fonds consolidé de la province. Actuellement, il vient, si on veut, un peu indirectement par les prestations des personnes âgées qui rentrent là-dedans. Mais identifions les choses correctement. On donne une aide à ces gens-là, et pourquoi pas aussi pour les gens dans le régime privé? Mais c'est une autre discussion. Mais oui que ça soit identifié séparément.

Mme Marois: Formellement. Dans votre document, vous abordez un certain nombre d'autres questions, dont justement la hausse des primes pour arriver à l'équilibre du fonds d'assurance. Bon, je vous suis très bien. C'est vrai que le fonds d'assurance, ça n'a pas été catastrophique jusqu'à maintenant, il y a un déficit au fonds d'assurance qui apparaît seulement actuellement, et nous avons fait certaines projections quant à la hausse de la prime qu'ils pourraient demander.

Vous évaluez cette somme à une somme un peu moins importante que celle que nous proposons dans les différents scénarios. Si on prend le plus bas, je pense que c'est de l'ordre de 300 \$ dans nos scénarios, et vous dites, bon: ça pourrait peut-être aller jusqu'à 275 \$, et encore.

Évidemment, nous, on regarde aussi actuellement les tendances. Vous devez le regarder tout autant que nous, mais on a des surprises pas très heureuses, hein, actuellement, dans le sens où ça continue d'augmenter à un rythme pas mal plus élevé que ce qu'on a même connu, dans le sens où les coûts des médicaments continuent de progresser. Si on veut être capable de faire face à la musique, on pense que c'est important d'avoir, enfin, une bonne assise au régime.

Un groupe qui est venu aussi — la CSN — a questionné cette donnée-là aussi. Ça a été intéressant; on a eu

une assez bonne discussion avec eux, ce matin. Il y a eu même des échanges entre les gens de la Régie et le ministère et leurs actnaires. Moi, je n'ai pas d'objection à ce qu'on se repenche sur ces questions-là bien sûr, mais l'évaluation qu'on fait à ce moment-ci, ce n'est pas conservateur, mais ça nous semble plutôt correspondre au risque dans lequel on est engagé. Mais je suis prête, comme je vous le dis, à revoir cela et à le rediscuter.

J'aime bien l'idée d'un comité permanent qui analyserait un petit peu l'évolution de l'ensemble de la situation mais qui serait peut-être externe au régime lui-même. Est-ce que c'est comme ça que vous le voyez? Vous en parlez à la page 5 de votre mémoire, en particulier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Caplette.

Mme Caplette (Martine): Oui, de pouvoir recevoir les informations nécessaires à faire un suivi adéquat et de pouvoir influencer un peu les orientations du régime selon les informations disponibles.

Mme Marois: Oui, c'est ça. Maintenant, un certain nombre d'autres questions sont soulevées. Vous parlez de la coassurance, mais vous dites aussi que les facteurs par ailleurs, en termes d'ajustements annuels, les paramètres fixes, prime, franchise, montant maximum, devraient être automatiquement révisés chaque année.

Nous proposons qu'effectivement il y ait un mécanisme de révision qui soit inclus dans la loi. Pourquoi ne pas avoir modifié déjà les taux? On croyait qu'il était important d'avoir quand même une certaine expérience du régime. La loi prévoyait une évaluation au bout de trois ans, et dans ce sens-là on a souhaité plutôt avoir une vision un petit peu plus globale et voir comment réajuster la prime et prévoir un mécanisme, si c'est ce scénario-là qu'on retenait. Donc, on a préféré procéder de cette façon-là.

Mais je pense qu'il y avait une obligation de devoir revenir devant l'Assemblée, de toute façon. Ce n'était pas seulement par voie réglementaire qu'on pouvait le faire. Il y avait aussi une obligation qui nous était faite par la loi de devoir revenir devant l'Assemblée nationale, et ça, on pensait qu'il n'était peut-être pas utile de venir deux fois, surtout qu'on a pu modifier des aspects du régime ou des aspects de la couverture, pensons aux personnes assistées sociales. On pouvait le faire autrement sans avoir à revenir, alors on a préféré attendre aux trois ans.

Quand vous dites: Toucher tous les paramètres fixes, un des problèmes que ça soulève, c'est évidemment de demander une contribution encore plus importante aux gens à très bas revenus. Comme on a plafonné leur contribution, qu'ils ne paient pas dans certains cas de prime, évidemment, si on se met à toucher les paramètres fixes mais qu'on ne les applique pas à eux, qu'on les applique aux autres, là, on se retrouve avec deux, trois régimes qui complexifient encore plus la chose et qui font porter sur les plus démunis les coûts sur lesquels ils ont peu de capacité d'agir.

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

M. L'Espérance (Jacques): Ce n'est sûrement pas l'intention du RESQ de faire porter le poids sur les gens qui ont moins de revenus. Un des paramètres fixes, qui n'est peut-être pas mentionné ici, mais c'est le maximum — les gens avant nous en parlaient — que ce soit le maximum, décrété au Canada ou ailleurs, de 14 000 \$, peu importe, ces montants-là aussi devraient être ajustés. Si aujourd'hui, c'est 16 000 \$ au lieu de 14 000 \$, faisons-le. On ne s'est pas penché sur les technicalités de ça.

Tout ce qu'on dit, c'est qu'un paramètre fixe vient nous heurter deux fois plus fort si on attend trois, quatre, cinq ans. Alors, qu'on ajuste ces choses-là.

Mme Marois: Oui, ça, ça va.

M. L'Espérance (Jacques): Et peut-être, mettons, le 750 \$ de maximum sera toujours au même niveau pour une personne qui est à très bas revenus. Peut-être que le 750 \$ peut rester au même niveau ou augmenter d'une façon beaucoup moins forte, si on veut, que la prime ou les franchises. Mais, des paramètres fixes, lorsqu'on les révise — et les employeurs sont bien placés pour le savoir — si on ne les touche pas pendant trois ans, c'est plus dur trois ans après. Si c'est après 10 ans, c'est encore plus dur.

Mme Marois: Oui, c'est évident. Ha, ha, ha! On comprend bien cette question.

M. L'Espérance (Jacques): Mais ce n'est pas de faire porter le poids. Il faut s'assurer effectivement que les gens à bas revenus qui ont besoin de médicaments... Tout ce qui est dit sur les thérapies maintenant, les médicaments sont de plus en plus importants.

Mme Marois: Oui, tout à fait.

• (16 h 30) •

M. L'Espérance (Jacques): On paie plus cher de médicaments au Québec et au Canada qu'on paie les médecins, alors je pense qu'il faut que les gens y aient accès. Mais, en même temps, il n'y a rien de gratuit en ce bas monde.

Mme Marois: Oui, c'est ça. Non, ça, c'est sûr, et c'est pour ça qu'on se retrouve autour de cette table aussi. Pas seulement pour ça, mais aussi pour ça.

Vous abordez la question des couvertures autres qu'offrent les régimes privés, les couvertures supplémentaires évidemment, puis vous ne souhaitez pas, évidemment, que l'on restreigne cela. Quand il s'offre des couvertures supplémentaires — et c'est généralement le cas des régimes privés dans les entreprises — généralement, on consulte le groupe concerné pour accepter que de telles couvertures apparaissent. Évidemment, quand il s'agit des syndicats, ça se négocie avec les syndicats. Quand il n'y

a pas de syndicat, il y a habituellement des comités qui représentent, j'imagine, les employés de l'entreprise. Est-ce qu'on procède de façon systématique comme ça? Parce qu'un des problèmes qui nous sont soulevés, bien sûr — puis vous l'apportez aussi — c'est de dire: Il y a des gens aussi dans les entreprises qui sont à très bas revenus et qui doivent payer des primes plus importantes parce qu'ils ont d'autres avantages, bien sûr, mais peut-être qu'ils ne les prendraient pas, ces avantages-là, et limiteraient seulement leur participation à un régime qui couvrirait l'assurance médicaments. D'ailleurs, d'autres groupes avant vous l'ont dit, je me demande même si l'ACEF ne l'a pas souligné à cet égard-là.

Mme Caplette (Martine): Il est certain que, au sein de l'entreprise privée, il y a des groupes de discussion avec les employés pour essayer de désigner les programmes, ni plus ni moins, à savoir les couvertures supplémentaires, et souvent les employés vont demander des couvertures dites plus raisonnables, ne serait-ce qu'à cause du coût qui leur est infligé au niveau des primes, mais aussi au niveau de la fiscalité, avec les avantages imposables qui s'imposent, etc. Alors, les gens vont essayer de faire des choix sur vraiment les besoins prioritaires. Il est certain que tout ce qui touche le médicament, compte tenu que ça représente une grande partie des dépenses en soins de santé, une couverture la plus libérale possible est constamment demandée de la part des employés, mais on tente de rationaliser tout ça en leur exposant, en leur communiquant de l'information sur le coût que ça peut représenter. Mais, oui, on demande aux gens comment ils veulent voir leur programme de santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. L'Espérance (Jacques): Je voudrais...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. L'Espérance.

M. L'Espérance (Jacques): ...rajouter une petite chose sur cet aspect-là. Il y a toujours eu, en tout cas depuis 30 ou 40 ans que les régimes privés existent, des obligations dans les entreprises. Vous venez travailler dans l'entreprise X, Y, Z, vous devez contribuer aux assurances collectives, aux régimes de retraite à 50 %, à 100 %, à 25 %, peu importe. Ça a toujours existé. On trouve un petit peu malheureux de venir mélanger cet aspect-là avec le régime public d'assurance médicaments, et, de fait, l'arrivée du régime d'assurance médicaments, pour les entreprises, a eu très peu d'impact, parce que justement il était modelé assez près des régimes privés, et donc il n'y a pas eu d'ajout. Lorsqu'on nous dit que des gens doivent payer x centaines de dollars par année pour leur régime privé, c'était là avant et ce sera là après, parce que des employeurs ou des syndicats décident que telle assurance est là, puis elle est là pour tout le monde, et ça coûte 300 \$, 400 \$, peu importe, en moyenne.

Alors, c'est deux choses, là, auxquelles je pense qu'il faut faire attention. Et de donner des choix et des choix et des choix au niveau administratif, pour des employeurs et les syndicats — parce que certains syndicats administrent eux-mêmes leurs régimes — ça pourrait devenir tellement compliqué administrativement que les gens les laisseraient tomber. Je ne suis pas sûr qu'on s'avance en faisant ça.

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

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Merci, Mme la ministre. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, Mme la Présidente. Merci pour votre présentation ainsi que votre mémoire.

Vous parlez — et on l'a évoqué, la ministre l'a évoqué — de la question de l'ajustement annuel possible et vous mentionnez en fait que tous les paramètres fixes, bon, primes, franchises, montants maximums, devraient être automatiquement révisés chaque année. Est-ce que, dans les régimes collectifs d'entreprises, les ajustements qui sont faits à chaque année touchent toujours tous les paramètres fixes, autant les franchises que les primes? Si vous voulez comparer, comment ça fonctionne dans les... Vous connaissez bien, vous êtes un spécialiste dans ce secteur-là, est-ce que ça, ça serait en accord avec ce qui se fait dans les régimes collectifs privés?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Caplette.

Mme Caplette (Martine): Encore là, dans les régimes privés, il y a énormément de types d'arrangements financiers qui peuvent se conclure, soit par voie de négociations avec les syndicats, ou encore il y a des régimes où les employés vont absorber une partie de la prime, ou pas du tout, c'est totalement défrayé par l'employeur. Alors, dans ce cas-là — et c'est souvent le cas chez les grands employeurs où les employés ne paient pas de prime dans leur régime privé — la comparaison ne peut pas être faite avec un régime public où on demande la part de tous les adhérents qui ont un revenu jugé apte à cotiser au régime. Alors, la comparaison est difficile dans ce cas-là.

M. Marcoux: Oui, est-ce que j'ai bien compris quand vous avez dit que, dans un certain nombre de régimes, les employés ne paient pas de prime?

Mme Caplette (Martine): Exact. Plusieurs.

M. Marcoux: Plusieurs régimes?

Mme Caplette (Martine): Oui, oui. Chez les grands employeurs, c'est fréquent.

M. Marcoux: Donc, c'est seulement l'employeur qui assume les coûts de ces régimes-là?

Mme Caplette (Martine): C'est exact.

M. L'Espérance (Jacques): Je pense qu'il faut bien voir à ce moment-là où il y a une distinction peut-être avec un régime public, c'est que c'est dans une enveloppe de rémunération. L'employeur décide qu'il peut donner tant en rémunération, tant en salaires, en avantages sociaux, etc.

Peut-être juste une autre petite chose sur ce que Mme Caplette disait, dans les régimes où les employés paient une prime, que ce soit 25 %, 50 % ou peu importe, la prime, à tout le moins, est automatiquement ajustée à chaque année parce que les augmentations sont là. Les franchises, c'est moins fréquent, on l'avoue, mais on ne corrige pas une erreur en faisant une autre, là. Alors...

M. Marcoux: O.K.

M. L'Espérance (Jacques): Il y a bien des employeurs qui auraient aimé les ajuster à chaque année depuis 20 ans, je peux vous dire ça.

Une voix: Je peux confirmer.

M. Marcoux: Quand vous parlez du Fonds de l'assurance médicaments, évidemment vous évoquez le fait que les primes qui sont payées par les personnes âgées sont présentement versées au Fonds de l'assurance médicaments, alors que les médicaments, le coût est remboursé par le fonds consolidé. Si, évidemment, les primes des personnes âgées sont versées au fonds consolidé et non pas au Fonds de l'assurance médicaments, est-ce qu'à ce moment là on ne doit pas accroître le déficit du fonds, donc on devrait exiger des primes additionnelles plus importantes de la part des adhérents qui sont couverts? Et, en passant, je pense qu'il y a des prestataires de l'assistance emploi qui ne paient pas de prime, hein? Je pense qu'il y a une contribution jusqu'à 200 \$ présentement, mais il n'y a pas de primes qui sont payées. Heureusement d'ailleurs, s'il fallait.

M. L'Espérance (Jacques): Je suppose, et c'est là qu'il faudrait avoir tous les chiffres pour être certain comment tout ça balance... Essentiellement, on parle de quelque part entre 250 \$ et 300 \$ ou 325 \$. Ce qu'on dit, c'est que si les primes des personnes âgées ne sont plus là, il faudra absolument, en même temps, que l'aide fiscale aux gens qui ne paient pas une prime en totalité provienne du fonds consolidé et ne soit pas payée par une hausse de prime des gens qui paient. Sans ça, on arrive à 550 \$. Ce calcul-là est correct...

Mme Marois: Exactement ça. Le scénario, là, c'est exactement ça, vous avez tout à fait raison.

M. L'Espérance (Jacques): ...sauf que de demander 550 \$ pour un truc qui en vaut 300 \$ et que tout le monde sait que ça en vaut 300 \$, c'est difficile. Alors, c'est parce qu'il y a un débalancement entre... La

mathématique ne fonctionne pas, c'est parce qu'on va donner de l'aide à des gens en demandant à d'autres de la payer. Alors, c'est pour ça qu'il est important de dissocier, à notre point de vue, les deux éléments. Et qu'on pense que le coût du régime, que ce soit 275 \$ ou 300 \$... On ne veut pas le limiter à 250 \$. Le but n'est pas là, le but est de dire c'est quoi, le vrai chiffre, qu'est-ce que ça coûte et demander ça comme prime maximale, et toute variation devra provenir d'autres... Et de faire intervenir l'argent des personnes âgées dans un fonds dont ces personnes-là ne profitent pas, je peux les comprendre, en quelque part, de vouloir critiquer et de dire: Ça ne fonctionne pas, etc. Mais qu'on demande une contribution aux personnes âgées pour le fonds consolidé, nous sommes 100 % d'accord. Les personnes âgées ont autant les moyens et n'ont pas plus les moyens que le restant de la population. Ce n'est pas une question d'âge.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. L'Espérance.

Mme Marois: ...question si vous permettez, M. Marcoux. Mais, cependant, le système actuel ne fait pas qu'elles paient plus ou moins à cause de la mécanique. Les personnes âgées, là, à cause de la mécanique que nous utilisons, ça ne les fait pas payer plus ou moins. Liées et à la mécanique et au fonds d'assurance, on a établi des règles qui font qu'on sait qu'il y a de l'assistance à leur accorder, on l'accorde. Il y a une mécanique pour le faire.

M. L'Espérance (Jacques): Absolument.

Mme Marois: On s'entend, ça je change pas, là, pour la personne âgée. Elle, elle paie une prime ou elle n'en paie pas, mais elle a le même service. On se comprend, si elle a besoin pour 5 000 \$ de médicaments, elle les a même si elle a payé un prime à 300 \$, ou à 200 \$, ou à 75 \$, ou si elle a un plafond qui fait qu'elle est à 200 \$. On se comprend.

M. L'Espérance (Jacques): Oui, oui. Absolument.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Marois: Excusez-moi, là, je...

• (16 h 40) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Pas de problème. Vous aviez encore trois minutes, Mme la ministre, alors...

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. J'ai un manque de compréhension dans votre mémoire. Ce n'est pas la première fois, probablement pas la dernière non plus, mais le sujet est complexe. Mais vous dites à la page 4 essentiellement que votre première conclusion est que le régime a été sainement administré, que les primes initiales ont été très bien estimées. Vous faites cette affirmation, j'imagine, sur la base du déficit anticipé dans le Fonds de

l'assurance médicaments jusqu'à l'année 1998-1999, mais, évidemment, dans le document *Les pistes de révision*, là, je vais isoler juste le Fonds de l'assurance médicaments, on parle d'un déficit d'à peu près 1 million en 1998-1999, un déficit de prévu de 64 millions pour les adhérents... pour 1999-2000 et 2000-2001, un déficit de 110 millions. Alors, j'ai une certaine difficulté à vous suivre quand vous dites que, si on avait simplement indexé les primes à l'indice du prix de la consommation, le régime serait en position excédentaire. Est-ce que c'est moi qui me trompe? Parce qu'il me semble que, indexé à 3 %, peut-être la première année, oui, mais, rendu à 2000-2001 avec un déficit de 110 millions dans le Fonds de l'assurance médicaments, ça excède de loin les coûts de la vie, là.

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

M. L'Espérance (Jacques): O.K. Peut-être que l'indice des prix à la consommation était pousser un peu loin, on aurait pu dire: L'indice des prix à la consommation des médicaments. Ceci étant dit, notre jugement se portait jusqu'à avril ou mars 1999. Ce qu'on dit... Et on n'est sûrement pas là pour blâmer les gens qui ont établi les primes, je pense que c'était difficile de trouver c'était quoi, la prime exacte. C'est un nouveau groupe de qui on parlait, etc. Ceci étant dit, elle aurait pu être de 190 \$. On n'en est pas à 15 \$ près, ce qu'on dit, c'est que, essentiellement, c'était le bon ordre de grandeur, qu'on pense que ça aurait dû être augmenté, ça aurait été idéal. Bon, ça n'a pas été fait, faisons-le à l'avenir.

Maintenant, les projections, où tout ça s'en va, c'est projeté à 15 %. Est-ce que ça va être ça, la vie? C'est peut-être ça, la vraie vie. Même dans le privé, on se pose la question, et on tombera, je crois, peut-être dans trois ans — ce serait peut-être bon de se revoir — dans une autre dynamique, parce que, à 15 %, peu importe la prime, peu importe la coassurance, peu importe la franchise, il faut regarder d'autres éléments. Ceci étant dit, pour le gouvernement, si on regarde ce que le gouvernement sauve dans les hôpitaux par le virage ambulatoire qui est aidé par les médicaments, il y a une balance qui se fait relativement bien. Mais, sur ce point-là, c'était à la fin de mars 1999, et ce qu'on dit, c'est que 14 millions, les employeurs sont habitués de jouer avec des marges plus grandes que 3 %.

M. Copeman: O.K. Vous faites référence à la problématique des retraités de moins de 65 ans, mais de façon un peu sommaire. Peut-être, vous pouvez élaborer un tout petit peu. Là, vous dites: Il y a une différence, peut-être un problème d'équité entre les gens de 65 ans et plus qui ont le choix, et ainsi de suite, ça, je comprends, mais la rubrique de cette partie de votre mémoire et de la lettre adressée à Mme Fillion au ministère indique une situation de retraités de moins de 65 et parle d'une problématique. Mais quelle est cette problématique?

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

M. L'Espérance (Jacques): La problématique, c'est que des gens qui prennent leur retraite à 53 ans, 55 ans, 56 ans doivent, s'il y a un régime qui est offert, continuer à s'assurer. Et, s'il y a une prime qui est identifiée pour ce groupe-là, mettons, pour un employeur, une prime pour les employés actifs et une prime pour les retraités, la prime pour les retraités, vous comprendrez, de 55 à 65 est beaucoup plus chère que la prime pour les gens de 25 à 55 ans. C'est un groupe qui est plus vieux et qui consomme plus. Alors, si on leur offre un régime, et là la prime, à ce moment-là, devient, je ne sais pas, 400 \$ ou 500 \$ par année, c'est problématique comparativement à la personne rendue à 65 ans qui, elle, s'en va au gouvernement et paie actuellement une prime de 175 \$. À l'avenir, ils paieront une prime...

M. Copeman: Inquiétez-vous pas, ça va augmenter.

M. L'Espérance (Jacques): ...250 \$ ou 300 \$.

M. Copeman: En termes d'équité, je pense que...

M. L'Espérance (Jacques): O.K. Mais peut-être qu'à ce moment-là l'écart sera moins grand. Mais le problème, c'est que les gens étaient obligés, parce que la loi oblige les gens à participer à un régime s'il est offert. Et, si on ne l'offre pas, ça veut dire qu'on enlève toutes les autres couvertures: hospitalisation, soins dentaires, etc., et donc ça causerait un problème.

C'est un problème qui nous a été soulevé, ce n'est pas nous qui l'avons inventé. Il a été soulevé par les gens de la RAMQ, qui ont probablement eu des demandes. Et, après l'avoir analysé — puis on s'est penchés le mieux possible, mais, encore là, on était contraints dans le temps — on s'est dit: Pourquoi ne pas aller à la solution de dire: 65 ans ou pas, un retraité qui n'a plus d'assurance d'un employeur s'en va à la Régie de l'assurance maladie? Ce n'est pas pour s'en débarrasser, c'est simplement de dire qu'il y a un régime, les retraités s'en vont là. On ne dit pas que c'est absolument la solution, il faut regarder le pour et le contre, là, mais c'est pour ça qu'on arrive avec cette solution. Et ce sera une prime de 300 \$, qui sera plus haute que le 175 \$, oui, on en convient — si c'est 300 \$ que ça coûte, c'est 300 \$ que ça coûte — mais il n'y aura plus la différence de 300 \$ à 175 \$.

M. Copeman: O.K. Mais là vous me dites qu'il y a essentiellement deux régimes chez beaucoup d'employeurs: un régime avec des primes puis un système de mutualisation des coûts pour les employés actifs, puis un autre pour les employés à la retraite. C'est ça que vous me dites, là. En tout cas, s'ils font une distinction entre les primes, les primes sont plus élevées pour les employés à la retraite. Alors, il y a moins de mutualisation de risque parce qu'on a isolé ce groupe-là de retraités et on leur impose des conditions différentes, en ce qui concerne la prime en tout cas.

M. L'Espérance (Jacques): Je pense que les employeurs privés offrent des conditions à deux groupes différents: il y a un groupe d'actifs puis il y a un groupe de retraités. Et ce n'est pas une question de mutualisation. Le terme «mutualisation», si on le met dans le contexte de la loi n° 33, il faut faire très attention. Mutualisation, loi n° 33, c'est une chose, et ça n'a pas rapport avec le fait qu'un groupe coûte plus cher parce qu'il est simplement plus vieux et qu'il consomme plus.

Est-ce qu'il y a des primes séparées, identifiées? Chez certains employeurs, c'est absolument la même prime. Chez certains employeurs, c'est payé à 100 % par l'employeur. J'ai des groupes où l'employeur ne paie pas de régime, mais les retraités veulent s'en mettre un et, depuis des années, en ont un en place. Mais, parce qu'il y en a un en place, lorsque la personne arrive à 65 ans, tout ce que le régime va couvrir, c'est au-dessus de la loi n° 33 et, dans d'autres provinces, au-dessus des régimes gouvernementaux. Donc, ça amène une prime relativement mince parce que, en termes de médicaments, il n'y a plus grand-chose à payer. Mais, pour la personne avant 65 ans, le retraité qui doit payer, dans quelques cas, à 100 %, évidemment que c'est un coût qui est très élevé. C'est là qu'est le différentiel. C'est technique, là, mais...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une minute, monsieur...

Mme Caplette (Martine): En fait, ce qu'il faut comprendre, c'est que chez les employeurs, pour ce qui est des régimes qui couvrent les employés à la retraite, peu importe l'âge de la retraite, souvent les régimes, ça ne couvre pas seulement que le médicament, mais plusieurs autres soins de santé. Et souvent la protection va être différente par rapport à celle qu'il y a pour les employés actifs, par exemple. Les médicaments sont inclus dans ces protections-là, alors c'est pour ça, souvent, que les taux de prime sont complètement différents entre une population de retraités et une population d'employés actifs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste 1 min 10 s environ, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Question très courte pour ma propre compréhension. Vous indiquez dans votre mémoire que les primes initiales ont été très bien estimées. Bon, je n'étais pas ici au moment de l'adoption de la loi et de la discussion en 1996, mais est-ce qu'à ce moment-là les assureurs qui étaient venus et à qui on avait offert de prendre le régime avaient dit: Écoutez, avec ce niveau de prime là, nous, on ne peut pas le prendre et on trouve que les primes ne sont pas réalistes? Alors, je me dis: Comment... Vous, vous dites: Oui, c'était réaliste. Alors, si je comprends, les assureurs, si mon information est correcte — et, si elle n'est pas correcte, vous me le direz — avaient dit à ce moment-là: Non, ce n'est pas réaliste, les primes, et vous allez devoir les augmenter de façon considérable.

M. L'Espérance (Jacques): J'ai le même souvenir que vous sur ce que les assureurs ont dit et je pense que Mme Caplette aussi, mais je ne voudrais pas répondre à leur place pour savoir pourquoi ils jugeaient que la prime était plus ou moins correcte. Ce qu'on constate, c'est qu'à l'usage, en bon français, ça a fait la job.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la ministre, il vous reste deux minutes.
• (16 h 50) •

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Mais, cependant, malgré que le nombre d'ordonnances soit plus élevé dans le régime public que dans le régime privé, le coût par ordonnance est plus bas dans le régime public, ce qui... Hein, c'est bien ça, le coût moyen des ordonnances est plus bas dans le secteur public, donc il reste quand même que le régime public est assez efficace dans son fonctionnement. Évidemment, il n'y a pas un morcellement du régime non plus. Dans les secteurs privés, il y a plusieurs régimes, donc à chaque fois des coûts administratifs. Nous avons un régime, il y a un agent-payeur, c'est la RAMQ, donc évidemment ça baisse le coût par ordonnance, ça va de soi. Et on ne va pas non plus chercher le profit, ce qui est le cas de l'entreprise privée. Il faut comprendre aussi que ça fait partie des règles du jeu. Il ne s'agit pas de les dénoncer, mais de dire: C'est ça, la situation. Donc, ça a quand même un impact.

Bien, moi, je voulais simplement vous remercier à ce moment-ci de nos travaux. Je pense que vous soulevez quand même des questions fort intéressantes sur justement toute la question des retraités, non-retraités, comment on traite cette situation-là, l'évaluation du coût de la prime selon ce qu'on couvre ou pas et selon les perspectives que l'on peut voir apparaître à l'horizon, l'idée d'un comité aviseur ou de gens qui pourraient avoir un oeil un petit peu plus critique et objectif, si on veut, ou externe, c'est peut-être comme ça qu'on devrait le dire. Alors, des pistes intéressantes à analyser et à retravailler. Alors, je vous remercie de votre présentation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Caplette, M. L'Espérance, merci pour votre contribution. Je demanderais aux représentants du Syndicat de la fonction publique du Québec de prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À l'ordre, s'il vous plaît. Nous allons poursuivre nos travaux. Alors, M. Chevalier, vous avez 15 minutes pour nous faire part de votre exposé. Je vous demanderais cependant de nous faire connaître les personnes qui vous accompagnent.

**Syndicat de la fonction publique
du Québec inc. (SFPQ)**

M. Chevalier (Gilles): Alors, je vous remercie beaucoup, d'abord, de l'invitation que vous nous avez

lancée pour venir vous présenter notre mémoire au nom de l'organisation du Syndicat de la fonction publique du Québec. Et les personnes qui m'accompagnent, à ma gauche, c'est M. Gilles Lavoie, qui est vice-président au niveau du Syndicat de la fonction publique et également responsable du service de la recherche chez nous...

M. Lavoie (Gilles): Bonjour.

M. Chevalier (Gilles): ...et, à ma droite, c'est Éric-Jan Zubrzycki, qui est agent de recherche, effectivement, pour le même service. Et moi-même à titre de responsable des avantages sociaux chez nous. Alors, étant porteur du dossier, ça me fait plaisir de venir vous présenter le mémoire d'aujourd'hui. D'ailleurs, il y a eu, je pense, un document, là, certaines corrections qui vous ont été transmises pour une mise à jour qu'on a faite dans le mémoire.

Alors, pour situer d'abord l'organisation que, nous, on représente, on représente l'ensemble des fonctionnaires, des gens qui travaillent pour la fonction publique, au-delà de 40 000 membres, incluant les ouvriers, les fonctionnaires et également des gens des sociétés autonomes. Ça, ce sont des gens qui, par décision gouvernementale, sont devenus des exclus de la Loi de la fonction publique, mais qui sont demeurés quand même chez nous au niveau de l'organisation. Et on a également un certain nombre de personnels qui travaillent notamment à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Et, en 1996, on avait effectivement déposé un mémoire devant la commission parlementaire dans le cadre de l'adoption du projet de loi n° 33 et, à cette époque-là — et je tiens à vous indiquer que nous le sommes encore aujourd'hui, naturellement, on est favorables au principe de la loi, la loi du régime universel sur l'assurance médicaments — nous avons également soumis certaines recommandations, entre autres à l'effet que le régime d'assurance médicaments soit universel et entièrement administré par le secteur public, et c'est la même position que l'on défend encore aujourd'hui à ce niveau-là.

En ce qui concerne l'évaluation du régime général d'assurance médicaments, alors, notre organisation, le SFPQ, on adhère à cette évaluation-là. Et, au niveau des constats auxquels nous adhérons entre autres, c'est au niveau des expériences de groupes qu'on y retrouve, au niveau de l'assistance, le groupe général et le groupe qu'on considère comme étant de l'assistance, et on reconnaît que, effectivement, oui, il est un peu plus dispendieux. Il y a les problèmes de sous-financement également, au niveau de l'écart des primes, comparé au coût du régime comme tel. La croissance des coûts des médicaments qui est quand même l'élément majeur sur l'incidence des coûts plus particulièrement. On reconnaît également dans les constats les difficultés de rodage du régime comme tel, à tout le moins dans ses trois premières années, et notamment au niveau des conditions d'admission de ce régime-là, et c'est confirmé effectivement par nos sources qu'il y a certaines difficultés d'admission au régime de médicaments comme tel. Alors, dans les faits,

on est en accord avec les constats généraux de l'évaluation qui en a été faite.

Sur la position de notre organisation, nous, on considère que le régime actuel ne pourra jamais faire ses frais en raison de la composition même de la clientèle du régime. Le problème actuel, dans le fond, au niveau du régime, c'est surtout la mixité du régime, public-privé. Alors, en fait, les conséquences d'avoir un régime comme celui-là font en sorte que, de façon très majoritaire, les mauvais risques se retrouvent dans le régime public et les risques, entre guillemets, si vous me permettez l'expression, moins risqués se retrouvent dans le régime privé, autant au niveau des régimes collectifs que les gens qui sont dans le marché du travail. Et on doit considérer également que le groupe qui constitue le risque le plus important se retrouve au niveau des personnes âgées et effectivement des gens aussi qui, malheureusement pour eux, reçoivent quand même de l'assistance sociale, et leur utilisation, à ce niveau-là, nous, on la considère même avec une certaine déficience.

Nous n'avons pas nécessairement, dans notre mémoire, présenté ce que je pourrais considérer comme étant des études actuarielles en termes de chiffres, je pense que c'est beaucoup plus au niveau des principes. Ça, les chiffres, on fait confiance au gouvernement pour avoir de bons actuares pour quantifier les chiffres. Ça, on n'est pas inquiets nécessairement là-dessus. Nous, on préconise plutôt que le régime soit un régime universel public et contributif, et d'ailleurs, dans la proposition qu'on vous a déposée dans notre mémoire, c'est un amalgame, en fait, de deux recommandations soumises dans le rapport d'évaluation. C'est un amalgame, notamment, des scénarios 4 et 7 où on a tenté de cerner un peu une façon de faire qui permettrait au régime de corriger certaines lacunes ou encore, à tout le moins, d'opérer un certain réaligement qui permettrait, dans le fond, à l'ensemble des gens bénéficiant éventuellement de ce régime-là d'avoir, en fait, ce qu'ils doivent recevoir du régime comme tel.

Et on veut également prévoir aussi que les personnes à faibles revenus, bien, que ces gens-là, nonobstant les coûts de primes qui pourraient être fixés... Parce qu'on sait, avec ce qu'on a comme nouvelles, que, effectivement, il y aura des modifications de primes sûrement à la hausse compte tenu de la situation actuelle, mais on doit prévoir à tout le moins un mécanisme de compensation qui pourrait être notamment de nature fiscale, tel qu'on l'a déjà suggéré aussi. Mais, pour les personnes à faibles revenus, on doit s'assurer que ces gens-là, en fonction de l'esprit même de la loi, l'accessibilité aux médicaments pour toutes les personnes qui composent la population du Québec, aient un accès assez facile, si on veut, à tout le moins légitime, au niveau des médicaments, mais que ces gens-là ne soient pas pénalisés de quelque façon que ce soit par une révision tant du coût des primes ou encore d'une coassurance éventuellement.

• (17 heures) •

Alors, pour nous, l'effet net pour les personnes à faibles revenus, en fait, c'est comme j'étais en train de vous l'indiquer, ça ne doit pas être supérieur à

l'accroissement des prix des médicaments. On parle entre autres dans l'étude que la croissance du coût des médicaments, sur une base annuelle, se situe à environ 15 %. Et, dans la réalité, je peux vous dire que ça se situe effectivement à ça pour être négociateur des régimes collectifs chez nous, entre autres. Et, nous, on dit que, pour les personnes qui sont à faibles revenus, ça ne doit pas être supérieur à cet accroissement-là. Et, après avoir pris en considération un mécanisme de compensation dont je vous parlais tantôt en ce qui concerne les bénéficiaires de mesures d'assistance, nous, on considère que la hausse nette ne devrait pas être supérieure au pourcentage de la hausse de leurs prestations mensuelles, toujours en considérant effectivement le mécanisme de compensation qu'on souhaiterait avoir effectivement dans le régime.

Sur les mécanismes de compensation, bien évidemment ça devrait être à notre avis, pour les gens à faibles revenus, compensé par le fonds consolidé de la province, transmis au Fonds de l'assurance médicaments, et le Fonds de l'assurance médicaments, quand on parle d'un régime universel et accessible à tous, devrait être capable éventuellement de s'autofinancer.

Dans une deuxième partie de notre mémoire, je vous parlais tantôt de la proposition que, nous, on fait. Alors, dans l'éventualité où notre proposition qui vous est humblement soumise dans notre mémoire serait refusée — ce qu'on ne souhaite pas, mais on ne serait pas nécessairement surpris non plus — nous, on pense que cette solution-là, cette proposition-là serait une des meilleures solutions et que certains problèmes, à tout le moins, dans cette résolution-là devraient être abordés.

Notamment, par exemple, on doit considérer que, dans le régime actuel universel, les assureurs privés n'ont pas l'obligation de couvrir strictement que les médicaments qui sont inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Comme dans notre cas, par exemple, chez nous, dans notre collectif, notre régime de base est effectivement plus large parce qu'il comporte, entre autres, un volet hospitalisation. Donc, c'est un volet plus étendu et qui a des incidences — un peu comme nos prédécesseurs le disaient aussi — sur l'ensemble des coûts de santé au Québec.

Donc, la loi devrait prévoir que les assureurs privés éventuellement puissent avoir l'obligation de fournir aux gens en régime privé le minimum de ce que la loi du régime universel donne, et permettre à ce moment-là un volet tout à fait particulier comparable à ce qu'on appelle le régime universel.

Il y a également des problématiques que, nous, on constate avec les membres qui sont sous notre responsabilité, on parle de nos employés à statut précaire. On sait que de par la loi ces gens-là, tant et aussi longtemps qu'ils ont un lien d'emploi avec leur employeur, ils doivent maintenir leur adhésion au régime collectif. Et effectivement je me souviens également d'avoir écrit à Mme la ministre à ce sujet-là il y a déjà au-delà d'un an et j'avais eu une réponse d'ailleurs de la Régie de l'assurance maladie.

Mais c'est une particularité, je pense, qui est vécue chez nous, mais elle n'est pas vécue strictement chez nous.

On a des gens qui travaillent deux à trois mois par année et qui sont obligés, parce qu'ils ont un lien d'emploi pendant 48 mois, de demeurer assujettis à leur régime collectif et puis à l'occasion peuvent être deux ans ou trois ans sans même être rappelés au travail.

On vous présente dans notre mémoire des situations, ou un exemple, entre autres, au niveau d'un employé à statut précaire qui a pu, par exemple, payer en bout d'année à peu près 1 000 \$ de frais d'assurance médicaments, si on comprend le régime collectif chez nous, comparé, par exemple, à ce que lui aurait coûté une adhésion au régime du plan universel.

Nous, on pense que la loi à ce moment-là devrait avoir une modification — d'ailleurs, c'est déjà une demande que j'ai présentée — pour faire en sorte que nos gens, lorsqu'ils sont en période hors emploi, puissent être admissibles au régime universel, compte tenu des revenus que ces gens-là ont.

Si c'était il y a 10 ans, peut-être que les problématiques ne seraient pas vécues de la même façon. Mais aujourd'hui nos gens à statut précaire qui antérieurement étaient rappelés neuf à 10 mois par année, par exemple, au travail le sont majoritairement pour deux à trois mois par année. Donc, ça devient une problématique.

D'ailleurs, j'avais soulevé ça aussi et ce qu'on m'avait indiqué, à ce moment-là... Moi, j'avais soulevé, entre autres, un élément, en disant: Bien, on pourrait faire en sorte que ces gens-là ne soient plus admissibles à nos régimes collectifs. Automatiquement, ils s'en iraient sur le régime universel. Mais c'est évident, je pense, que penser comme ça, ça serait aller à l'encontre même de l'esprit de la loi, et ce n'est pas ça qu'on vise. On vise plutôt un aménagement qui permettrait à ces gens-là dans le fond d'avoir une prime en fonction de leurs revenus et une couverture de médicaments en fonction de leur capacité de payer.

Donc, comme je le disais tantôt également, bien la loi actuelle devrait sûrement être amendée pour créer l'obligation aux assureurs privés de fournir strictement un volet ne comprenant que l'assurance médicaments.

Il y a également un autre élément dans la loi qui nous semble un peu problématique. C'est qu'à partir du moment où les gens, par exemple, ont payé leur prime totale, à partir soit des rapports d'impôts ou à tout le moins au moment de leur adhésion, et dépendamment de la date à laquelle ils font leur demande d'adhésion au régime Rochon, s'ils ont payé une prime annuelle, bien les médicaments ou les réclamations qui peuvent être remboursables ne le sont que pour celles qui précèdent les 90 jours avant leur adhésion. Nous, on trouve illogique, quand on paie une prime pour l'année complète, qu'on ne puisse pas effectivement éventuellement recevoir le remboursement des médicaments qu'on a dû se procurer pour nos besoins de santé.

Et évidemment, dans l'ensemble de nos recommandations également, on veut s'assurer aussi que le régime soit géré de la façon la plus efficace possible. Alors, il y a des mécanismes, ou en tout cas il y a des mécaniques, entre autres on parle d'un certain comité qui

pourrait être formé afin d'examiner, entre autres, la responsabilité des donneurs de prescription, et là on fait référence aux médecins — vous avez l'ensemble des recommandations que, nous, on vous a déposées — donc des mécanismes qui feraient en sorte que les gens qui sont chargés de transmettre les prescriptions, parce qu'on fait toujours référence aux coûts exorbitants des médicaments...

Nous, on pense que le régime pourrait prévoir, par exemple, une certaine modalité pour faciliter l'utilisation des médicaments dits génériques. Donc, ça comporte, je pense, tout le processus également avec les compagnies fabricantes de produits et de médicaments. Et, au niveau des règles qui régissent le nombre d'années avant qu'un médicament puisse devenir générique, à ce moment-là, si la période était raccourcie, l'accessibilité aux médicaments dits génériques, qui ont quand même, je pense, les mêmes effets que les nouveaux médicaments de façon générale et en très forte majorité aussi, en très fort pourcentage, ça permettrait au régime d'être capable plus facilement, si on veut, de s'autofinancer.

Donc, c'est l'essence même du mémoire que, nous, on vous présente. C'est au niveau surtout des principes, comme je l'indiquais tantôt; on n'a pas fait de travaux nécessairement actuariels là-dessus, mais c'est l'essence même du mémoire qu'on vous a présenté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Chevalier, de votre exposé. Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Alors, merci pour votre mémoire. Il y a peut-être une correction en tout cas... j'ai essayé de vérifier, là, auprès de mes collaborateurs, et on me dit qu'il faut vraiment nous le signaler, si des situations comme celle-là arrivaient, parce que l'assureur privé doit couvrir la même liste de médicaments que la liste acceptée formellement par le gouvernement, autant les médicaments réguliers que les médicaments d'exception, que la liste d'exception.

C'est parce que, quand je lisais votre mémoire et je vous entendais, on disait, je pense que c'est à la page 11 de votre mémoire — puis ça c'est le mémoire révisé, je crois, que j'ai, oui, c'est ça: «Nos membres nous ont soumis que certaines compagnies d'assurances considéraient que les médicaments inscrits sur la liste des médicaments d'exception n'étaient pas compris dans la liste générale de médicaments.» Et ça, absolument pas. Ils ont l'obligation claire d'assumer le paiement de toute la liste, qu'elle soit la liste générale ou la liste d'exception.

M. Chevalier (Gilles): Avant que je passe la parole à Éric, peut-être pour un peu élaborer. Mais sur le principe même, on est d'accord, c'est que la loi prévoit qu'un régime privé doit minimalement, et c'est un minimum, la couverture des médicaments tel que prévu au régime universel. Et ça, c'est le cas. Mais, un peu comme nos prédécesseurs ont dit tantôt aussi, quand on parle de régimes collectifs, évidemment on a des régimes collectifs qui sont plus étendus. Mais le minimum des médicaments,

ça, c'est évident, c'est le cas, il n'y a pas de problème avec ça. Mais je vais laisser Éric aller...

Mme Marois: Oui, c'est ça.

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Pour répondre spécifiquement à votre question, d'après nos sources il y a des compagnies d'assurances qui prétendent que, la liste de médicaments d'exception étant en addendum de ladite liste, elles considèrent qu'elle ne fait pas partie intégrante de la liste et se servent de ça pour le refuser. Alors, elles demandent à leurs clients d'écrire à la Régie, par le biais de leur médecin, pour qu'il y ait une évaluation. Or, la Régie n'en fait pas, d'évaluation, ce qui fait que la demande est refusée.

Donc, il y a un trou à ce niveau-là qui est utilisé par certains assureurs, pas par tous les assureurs. Il y a certaines compagnies d'assurances où il n'y a aucun problème, il y a d'autres compagnies d'assurances, d'après nos sources, qui utilisent cette technique-là pour refuser des médicaments qui sont inscrits sur la liste d'exception.

Mme Marois: C'est peut-être possible qu'on fasse une confusion par rapport à la notion de «patient d'exception», qui est une autre réalité. Parce que la liste elle-même, là, normalement, si jamais en tout cas des situations comme celle-là vous étaient encore soulevées, il faut immédiatement le signifier à la Régie, parce que c'est formel, c'est dans la loi, c'est dans les règlements, c'est partout, ça doit être couvert par le régime.

• (17 h 10) •

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

M. Lavoie (Gilles): Oui. Il y a une partie de ce qu'on vous soulève étant comme... La difficulté un peu qu'on a avec la loi, c'est: elle garantit le minimum, mais ce n'est pas nécessairement le minimum par rapport à ce dont on vous a parlé tantôt. Pour nos employés saisonniers qui sont en travail — un exemple — deux mois par année et qui ne reviennent pas... à cause des règles conventionnelles, qui ont des droits de rappel pendant 48 mois, ils ne sont pas nécessairement rappelés les années suivantes au travail. Donc, ils doivent maintenir leur droit à leur contrat d'assurance, mais leur contrat ne leur permet pas — les régimes actuels, là — pour deux mois de travail d'être liés au régime qu'on a dans le secteur public. Ils sont obligés de maintenir ces protections-là, alors que la loi devrait garantir le minimum et éviter que...

Dans le fond, c'est parce que nous — un peu comme le confrère Chevalier vous l'expliquait tantôt — on a l'assurance hospitalisation, on a d'autres choses. Et ce minimal-là ça permettrait aux gens de conserver la protection puis éviter dans le fond d'avoir à maintenir des choses sur lesquelles...

Donc, c'est pour ça qu'on vous dit en deuxième option... L'option que, nous, on privilégie, c'est le régime universel. Mais, à défaut de ça, il faudrait corriger les problématiques qu'on vit avec notre

personnel précaire pour leur permettre un passage vers le régime public.

Mme Marois: Ça, ça a été soulevé par d'autres groupes, c'est l'harmonisation entre nos régimes. Je pense qu'il y a des distinctions à faire selon, qu'il s'agisse de la prime à payer ou selon qu'il s'agisse de la couverture... d'abord de la participation au régime pour ce qui est de la coassurance, de la franchise au moment où on utilise le régime.

Alors, il y a une différence à faire dans le sens suivant. Ce qu'on me dit, c'est que la prime effectivement, quand quelqu'un s'inscrit au régime public, s'il s'inscrit pour six mois, il ne la paie que pour six mois. On se comprend bien. Mais parfois il est soumis à payer deux fois le plafond par l'achat de ses médicaments, payant la franchise, payant la coassurance.

Alors, ça, il y a une harmonisation à faire, vous avez totalement raison, dans le passage du régime public vers le régime privé ou, inversement, du privé vers le public. C'est là qu'il y a un accroc à mon point de vue, parce qu'on ne peut pas leur demander, aux gens, de payer dans une même année... d'aller deux fois au plafond. Alors là ils paient deux fois dans le fond ce que paie un autre assuré dans les mêmes circonstances, avec des revenus comparables. Je pense que ça, c'est un problème réel que vous soulevez.

M. Lavoie (Gilles): Mais ce à quoi on veut vous sensibiliser, c'est qu'actuellement le passage ne se permet pas quand les gens ont un lien. Il faut que la loi soit modifiée pour que ça puisse se faire, ça, cette harmonisation-là.

Mme Marois: Du privé vers le public...

M. Lavoie (Gilles): Oui, c'est...

Mme Marois: ...parce que là la personne est considérée toujours en lien d'emploi.

M. Chevalier (Gilles): Exact.

M. Lavoie (Gilles): Alors qu'elle a travaillé peut-être deux, trois mois, le temps d'acquérir un droit de rappel — dans le fond, c'est 60 jours pour acquérir un droit de rappel — et elle reste dans le régime privé...

Mme Marois: Privé. C'est ça.

M. Lavoie (Gilles): ...pendant 48 mois sans pouvoir... puis peut-être qu'elle sera deux ans, trois ans sans revenir travailler dans la fonction publique.

Mme Marois: Oui. Ah, oui. Mais, du fait qu'elle ait son droit de rappel d'acquis, elle reste...

M. Lavoie (Gilles): C'est ça.

Mme Marois: ...considérée couverte par le régime privé.

M. Lavoie (Gilles): Oui.

M. Chevalier (Gilles): Exact, et ça même si elle ne travaille pas.

M. Lavoie (Gilles): C'est ça. Ça a pour...

Mme Marois: Et ça réfère aux exemples que vous donnez ici, là.

M. Chevalier (Gilles): Exactement, entre autres.

M. Lavoie (Gilles): C'est ça. Ça a pour effet des coûts extraordinaires pour ces gens-là à se couvrir en assurance, alors que...

Mme Marois: Oui. Non, mais c'est intéressant, ce que vous soulevez effectivement. Enfin, je ne pense pas qu'on l'ait vu dans un autre mémoire. La première situation, oui, mais celle-ci, non, ou effleurée peut-être dans un mémoire d'un groupe de travailleurs. Mais je ne crois pas vraiment. Oui, c'est un problème réel, vous avez raison.

M. Chevalier (Gilles): Oui. Puis dans le fond je pense qu'on doit considérer que, dans des situations comme celles-là, ces gens-là ne sont pas servis par le principe même de la loi, l'accessibilité aux médicaments, si on veut, au niveau de la population québécoise à un coût raisonnable, parce que ces gens-là, à titre d'exemple — qui sont obligés d'assurer leur famille en plus, femme et enfants — ça leur coûte au-delà de 600 \$ de prime annuelle, strictement de prime, plus les coassurances à 20 %, entre autres, que vous connaissez sûrement dans nos régimes chez nous, là.

Mme Marois: Oui, oui. Ça, c'est tout l'ensemble du...

M. Chevalier (Gilles): Alors, ça représente des coûts de près de 1 000 \$ éventuellement au bout d'une année. Alors, les gens, quand ils comparent au régime universel, je pense qu'ils ont raison de nous demander d'intervenir pour eux pour faire en sorte qu'il y ait à quelque part une équité...

Mme Marois: Oui, c'est ça.

M. Chevalier (Gilles): ...au niveau de l'application des principes mêmes de la loi.

Mme Marois: C'est un peu complexe, mais je pense qu'il faut quand même aborder cette question-là.

Un peu plus loin, sur l'assurance médicaments versus la politique économique, si je comprends, vous suggéreriez que l'on puisse retenir la notion du prix le plus

bas plutôt que de reconnaître tous les médicaments, autant les nouveaux médicaments que les médicaments génériques. C'est ce que vous préconisez dans votre mémoire. C'est bien cela?

M. Chevalier (Gilles): Effectivement, je pense que, sans pour autant renier le droit des gens d'avoir les nouveaux médicaments sur le marché, je pense qu'avec les prescriptions médicales appropriées, compte tenu de l'état de santé des individus, ça, c'est une chose. Moi, je pense qu'on connaît aussi le milieu, comment ça fonctionne quand les nouveaux médicaments sortent. Je pense que plusieurs alentour de la table, ici, connaissent comment fonctionnent les compagnies pharmaceutiques auprès des bureaux de médecins. Vous savez que le lobbying est très, très fort pour mettre en valeur, si on veut, le dernier médicament sorti sur le marché. Et c'est celui-là généralement que les médecins prescrivent tout de go, dès le départ.

Moi, je suis d'accord à ce que les gens aient le nouveau médicament si, par exemple, un médicament générique ne donnait pas les effets escomptés au niveau médical. À partir du moment où un médicament générique a les effets escomptés par un médecin, moi, je pense qu'il y a un certain contrôle ou une certaine façon qui pourrait être évaluée de la part du ministère concerné pour faire en sorte qu'effectivement on en arrive à quelque part à faire une certaine économie dans le fond qui permette éventuellement d'éviter des hausses assez substantielles du régime universel.

Mme Marois: Oui.

M. Chevalier (Gilles): Ça, c'est un des éléments effectivement qu'on tend à regarder. D'ailleurs, on l'a fait à notre dernier renouvellement, dans nos propres régimes collectifs, là. Si on le fait chez nous, ça doit être bon pour le régime public aussi.

Mme Marois: Ah oui. Puis vous avez eu de bonnes discussions quand vous avez renouvelé votre assurance collective?

M. Chevalier (Gilles): On en a toujours des bonnes.

Mme Marois: Ha, ha, ha! Je sais ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevalier (Gilles): D'ailleurs, on en retrouve un peu dans le mémoire. On en a parlé un petit peu tantôt.

Mme Marois: Une dernière question à ce moment-ci. Dans vos recommandations, dans l'addenda, vous dites que «le Syndicat de la fonction publique du Québec recommande également que des mesures de contrôle soient instituées pour réduire les fraudes possibles dans le cas où la mixité ne serait pas abandonnée».

Est-ce que vous avez réfléchi un peu à ce que cela pourrait comporter comme élément?

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

M. Chevalier (Gilles): Bon, en fait, c'est que d'abord la loi prévoit l'obligation — on donnait l'exemple tantôt — pour les gens de demeurer assujettis à leur régime collectif tant et aussi longtemps qu'ils lui sont admissibles. Je pense qu'on est tout le monde conscient qu'il y a des gens, malgré cet élément-là dans la loi, même s'ils sont assujettis à des régimes collectifs, qui délaissent leur régime collectif quelque part dans le temps, sans avoir un régime universel.

Les vérifications au niveau soit des pharmaciens, ou autres, là, je présume — il me semble en tout cas, à ma connaissance, que c'est par les pharmaciens, entre autres, plus souvent qu'autrement qu'est la porte d'entrée au régime universel — ne sont pas nécessairement à notre avis peut-être assez blindées. Mais on sait que ça existe et, si ça se reproduit, ce serait d'élaborer des moyens de contrôle.

La loi prévoit, je pense — vous me corrigerez si j'ai tort — il y a des articles de loi qui prévoient certaines pénalités pour les gens qui effectivement utilisent ce stratagème-là, et il devait y avoir des contrôles de faits autant par la Régie de l'assurance maladie que par le ministère du Revenu, entre autres; il semblerait que ça n'est pas nécessairement le cas.

Donc, ce qu'on sait effectivement, c'est qu'il n'y en a pas, de contrôle à ce niveau-là. Il y a des gens qui appellent, par exemple, pour s'inscrire, et la personne responsable du ministère concerné va dire: Les informations nous indiquent que vous ne seriez pas admissible, par exemple. Les gens trouvent un autre moyen à quelque part dans le temps. Et ça, on le sait, ça existe ça, je pense, mais c'est peut-être au niveau de l'application ou de la mise en vigueur de certains articles de la loi, qui éventuellement devra être faite. Et c'est pour ça qu'on dit: Il devrait peut-être y avoir un certain contrôle.

Mme Marois: D'accord. Ça va. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Chevalier. Merci, Mme la ministre. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, M. Chevalier et merci de votre présentation. À la page 6 de votre mémoire, enfin vous dites: «Le régime public fait face à un accroissement imprévu du coût des médicaments.» Mais est-ce que le coût des médicaments n'a pas connu une croissance quand même assez importante non pas seulement récemment depuis deux ou trois ans, mais au cours des 10 dernières années? Je veux dire: Est-ce que, pour vous autres, c'est nouveau? Parce qu'on semble indiquer que c'était imprévu. Mais ce que j'avais compris, moi, c'est que quand même, depuis sept ou huit

ans, il y a un peu partout au Canada et ailleurs une croissance importante du coût des médicaments.

• (17 h 20) •

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

M. Chevalier (Gilles): Il y a effectivement une croissance assez importante des coûts des médicaments. Ce n'est pas nouveau de cette année. En tout cas, je ne pense pas que notre mémoire aille jusque là. C'est qu'on dit qu'effectivement les informations de l'étude donnent un ordre de grandeur de 15 % à peu près de moyenne d'augmentation du coût des médicaments. Nous, on l'avait évaluée, entre autres, je vous dirai, au niveau de nos régimes collectifs, et les assureurs utilisent entre 12 % et 12,5 % de moyenne d'augmentation du coût des médicaments, et ça, c'est depuis déjà quelques années. Mais, quand on a à travailler, je pense, de façon régulière avec ces différents régimes là, compte tenu de la panoplie annuelle de nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché de façon effarante, c'est évident que les coûts augmentent.

M. Marcoux: Évidemment, vous proposez un régime public, bon, c'est l'orientation. Maintenant, dans l'hypothèse où le gouvernement maintiendrait à peu près la structure du régime actuel et maintiendrait également la mixité et pour assurer une plus grande équité entre le régime d'assurance médicaments universel et les régimes collectifs privés, certains groupes ont proposé, par exemple, l'instauration de crédits d'impôt pour les personnes à plus faibles revenus qui souscrivent à des régimes collectifs privés — et évidemment vous avez comme exemple celui que vous avez. Est-ce que ça, c'est une avenue que vous avez examinée? Est-ce que vous jugez que ça pourrait être possible?

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

M. Chevalier (Gilles): Bien, le principe et effectivement, oui, par les mesures fiscales de compenser pour les gens à faibles revenus en termes de coûts. Il est évident aussi que ces gens-là, si on parle, par exemple, d'un retour de chèque en quelque part une fois par année, entre-temps il y a toujours de la nourriture qui doit être mise sur la table de ces gens-là, et plus souvent qu'autrement ils n'auront pas nécessairement les moyens tactiques d'aller se chercher le médicament à partir du moment où ils en ont besoin de façon immédiate.

Une voix: ...

M. Chevalier (Gilles): C'est ça. Effectivement, ça en est une des mesures aussi. On me souligne, entre autres, le remboursement de TPS qui est quand même une avenue intéressante qui pourrait être une des façons de faire. Ça, au niveau des règles de fiscalité et au niveau de la fréquence, je pense que ça relève des responsabilités des ministères concernés.

Nous, c'est au niveau des principes. On pense qu'il y a une façon par la fiscalité d'aider ces gens-là à avoir un accès quand même équitable, si on veut, comparé aux gens qui n'ont pas accès au régime public parce qu'ils ont le privé. Il y a une question d'équité en quelque part, et on en a parlé un peu tantôt, compte tenu des coûts qu'un régime privé coûte comparé au régime universel.

M. Marcoux: Dans l'hypothèse aussi où la structure actuelle serait retenue, la ministre nous a indiqué la semaine dernière qu'elle prévoyait une augmentation des contributions et des primes. Selon vous, de quel ordre de grandeur ça peut être, cette augmentation-là, sans affecter l'accessibilité aux médicaments, notamment pour les prestataires d'aide sociale et les personnes âgées? Est-ce que vous avez des indications, vous avez vos propres évaluations à cet égard-là?

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

M. Chevalier (Gilles): Bien, je vais répéter ce que je vous ai dit tantôt: On n'a pas fait l'exercice actuariel en termes de coûts de prime. À l'heure actuelle, nous, on considère que le régime universel est déjà un peu un ticket modérateur en soi et a également une notion aussi de contribution sociale, si on veut, pour l'ensemble du Québec. En termes d'ordre de grandeur, je pourrais vous répondre: Le minimum possible en termes d'augmentation. Mais on n'a pas quantifié, on n'a pas fait l'exercice comme tel.

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Je m'excuse. J'ajouterais là-dessus qu'il y a déjà eu une étude, si je me rappelle bien, à l'Université de Montréal, qui donnait les résultats de l'effet modérateur de la prime, l'effet sur la santé, les gens qui étaient prestataires d'assistance sociale, et déjà au niveau où ils devaient payer ça constituait un frein. Donc, une augmentation, dans la mesure où il n'y a pas d'augmentation de la prestation en tant que telle, il faudrait... S'il y a une augmentation de la prime, il devrait y avoir une augmentation de la prestation dans la même mesure qu'il y a une augmentation de la prime. Donc, au niveau actuel, c'est le niveau maximal en fonction de la prime.

M. Marcoux: Merci. Dans votre addenda, au point 5, vous parlez qu'un comité soit formé pour examiner... enfin la responsabilité des donneurs de prescriptions. Comment vous voyez ça, la mise sur pied d'un tel comité, et la composition, et puis un peu son mandat, là?

M. Chevalier (Gilles): Bien, je pense qu'un comité pourrait notamment avoir des gens du corps médical comme étant membres de ce comité-là. Et les objectifs de ce comité-là, ce serait un peu de faire ce que je pourrais appeler soit de l'éducation dans le fond, au niveau de dire: Bien, écoutez, on a un régime qui est universel, un régime qui dans le fond sert la population du Québec. Mais faire ce que j'appelle l'éducation à l'ensemble des gens, des médecins. Parce que, quand on parle effectivement des

donneurs de prescriptions, ce sont les médecins. Mais faire leur éducation en disant... Et là, je vais revenir, entre autres, au moindre coût pour les médicaments, en autant qu'effectivement ça réponde aux besoins médicaux des gens. Mais il y a cette notion-là que le comité devrait surveiller.

Il y a également, je pense, aussi toute la notion de mise en marché qui est utilisée par les compagnies pharmaceutiques vis-à-vis les donneurs de prescriptions. Effectivement, la mise en marché, elle est énorme. Moi, je vous dirai, pour l'avoir vécue, entre autres pendant x années, du temps que je travaillais à l'Université du Québec, au service aux étudiants où on avait un service médical, il ne se passait pas une semaine sans qu'on ne voit pas trois représentants de trois compagnies différentes pour venir voir les médecins et suggérer aux médecins le type des nouveaux médicaments qui sortaient, etc. Je veux dire, la mise en marché est assez forte.

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Je veux ajouter quelque chose là-dessus également. On regarde beaucoup la responsabilité des gens qui reçoivent les prescriptions. On regarde beaucoup les assistés sociaux, on regarde beaucoup les différentes clientèles, mais on n'examine pas l'autre partie de l'équation. On ignore complètement une partie de l'équation, c'est-à-dire les médecins eux autres mêmes.

Les médecins ont une responsabilité lorsqu'ils donnent des prescriptions, et cette responsabilité-là doit être examinée. Est-ce qu'ils donnent les bonnes prescriptions? Est-ce qu'ils les donnent au bon moment? Est-ce qu'ils en donnent trop? Est-ce qu'ils n'en donnent pas assez? Il devrait au moins y avoir un comité d'étude pour se pencher sur cet aspect-là de l'équation, spécifiquement pour savoir dans quelle mesure ce groupe-là, les médecins, la profession médicale, est responsable du coût du régime.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Lavoie (Gilles): Un complément peut-être.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Lavoie.

M. Lavoie (Gilles): En complément. Ce qu'on ciblait par rapport à l'analyse qui avait été faite, l'étude sur la mise en place du régime, on voyait qu'il y avait des coûts, qu'on appelait des coûts au niveau des médicaments, et on pense que, ça, ça serait une option. Parce qu'il faut contrôler aussi les coûts. Il n'y a pas juste de se faire un régime puis après ça de le laisser aller.

Je pense que l'expérience du groupe l'a démontré. Après trois ans, il y a certains ajustements à faire. C'est dans ce sens-là qu'on dit puis c'est dans ce sens-là que notre mémoire fait valoir qu'il y a certains principes auxquels on adhère sur l'évaluation qui a été faite de l'expérience pendant les trois années, et à partir de là on devrait s'assurer de mettre en place des mécanismes pour contrôler les coûts.

On pense que, ça, c'est une chose qu'on devrait s'assurer de contrôler. Le mécanisme, je pense que le confrère Chevalier vous le mentionnait tantôt, il pourrait y avoir un comité, mixte peut-être, de représentants des personnes, des médecins, des représentants des hôpitaux, des pharmaciens peut-être également aussi. Il y a de la place à faire, je pense, du travail pour contrôler aussi notre notion de coûts.

M. Chevalier (Gilles): Ce n'est pas les ressources qui manquent à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Nelligan, vous avez une question?

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente, et merci beaucoup pour votre présentation. J'ai une courte question sur votre recommandation n° 3, que «le Syndicat de la fonction publique du Québec recommande également que des mesures de contrôle soient instituées pour réduire les fraudes possibles dans le cas où la mixité ne serait pas abandonnée». Je pense que peut-être ce n'est pas 100 % correct, mais vous êtes le premier groupe qui parle des fraudes possibles.

Je voudrais vous entendre un peu plus. Qu'est-ce que ça veut dire? Qu'est-ce que vous voulez dire par ça? C'est quoi, les fraudes possibles? Je voudrais juste vous entendre sur ça parce que cette recommandation a sauté la page un peu. Je voudrais juste mieux comprendre qu'est-ce que vous voulez dire.

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

M. Chevalier (Gilles): Alors, moi, je vous dirais d'abord que le terme «fraudes» n'est peut-être pas nécessairement le terme qui aurait dû être écrit là.

M. Williams: Ah! O.K.

• (17 h 30) •

M. Chevalier (Gilles): C'est plutôt, dans le fond, une façon de déjouer, si on veut, l'obligation de demeurer soit dans un régime privé lorsqu'il est accessible. «Fraude», c'est un gros mot; c'est une façon qu'on a eue de la décrire, mais ce n'est pas nécessairement à ce niveau-là, et je pense qu'il y a quelques exemples qu'Éric peut vous donner, là.

M. Williams: Quelques exemples des façons, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Chevalier (Gilles): Pas nécessairement des façons. Il va vous donner des exemples.

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Évidemment, selon les sources que nous avons consultées — ...

M. Williams: Oui, oui. Sans nommer.

M. Zubrzycki (Éric-Jan): ...on ne vous dira pas qui, bien sûr — l'inscription se fait tout simplement par téléphone. Donc, on appelle à la RAMQ, on dit: Bon, bien, je veux m'inscrire au régime d'assurance médicaments public. Le préposé ou la préposée va dire: Eh bien, est-ce que vous répondez à telle, telle, telle condition? La personne va répondre non, par exemple, et rappelle cinq minutes plus tard. Il lui repose la même question, elle dit: Oui, je réponds à ces questions-là. Et, là voilà, elle est assurée.

Et c'est un système qui fonctionne simplement, comme on m'a dit littéralement, sur la gueule. Il n'y a aucune mesure de contrôle qui est faite à quelque moment que ce soit. Il n'y a pas de déclaration sur l'honneur, il n'y a absolument rien. C'est par téléphone.

Je vais vous donner un exemple, un autre exemple. Si un étudiant, par exemple, à la faculté des sciences sociales, son confrère qui est à côté apprend que, lui, est sur le régime public et que, lui, il ne l'est pas parce que ses parents demeurent un peu plus loin, bien ça va se répandre comme une traînée de poudre, et tous ces gens-là vont tout simplement bien sûr s'inscrire au régime public. Et c'est tout à fait naturel lorsqu'on sait que tout ça se fait par téléphone. Ça n'a aucune mesure de contrôle de quelque nature que ce soit.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Oui, allez-y, allez-y, M. Chevalier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous voulez compléter, M. Chevalier?

M. Chevalier (Gilles): Non, mais c'est l'élément qu'on voulait faire ressortir entre autres, là.

M. Copeman: Ça m'étonne beaucoup, parce que, l'année passée, l'Assemblée nationale a adopté un projet de loi qui resserrait les contrôles de l'accès à notre système d'assurance maladie. Il a fallu resserrer les contrôles pour s'assurer qu'il n'y ait pas de fraudes dans l'accès à nos systèmes de soins. Là, vous nous dites que non seulement il n'y a pas de resserrement des contrôles, mais il y a quasiment aucun contrôle sur l'accès à un régime public qui dépasse les prévisions budgétaires. Est-ce qu'on vérifie, par contre, si la personne a une carte d'assurance médicaments, assurance maladie?

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Littéralement, ce qui se passe, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, on reconnaît même la personne au téléphone. On sait que c'est la même personne. On le sait, mais le préposé n'a aucun moyen à sa disposition lui permettant de lui refuser l'accès.

M. Copeman: Même pas une vérification si la personne détient une carte d'assurance maladie?

M. Zubrzycki (Éric-Jan): Il y a peut-être une vérification au niveau de l'assurance maladie, mais, au niveau de sa déclaration en tant que telle à l'effet qu'il est éligible ou non à un régime privé d'assurance médicaments, ça, il n'y a pas de moyen de contrôle. Évidemment, on prend la carte d'assurance maladie, mais la carte d'assurance maladie ne fait pas foi de l'accessibilité à un régime privé ou public.

M. Copeman: Tout à fait. Non, non. O.K. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va. Alors, il reste peut-être une minute? Il vous reste une minute M. le député.

M. Marcoux: Une dernière question, parce que, moi aussi, ça m'inquiète. Je pense que c'est une question d'équité vis-à-vis tout le monde, ça, un contrôle adéquat, parce que autrement il y en a qui... ceux qui passent à travers en bénéficient, et les autres qui ne le font pas n'en bénéficient pas. Je pense que c'est vraiment une question d'équité sur le plan administratif.

Mais est-ce que selon vous il y aurait des façons de pouvoir assurer un certain contrôle, sans être bureaucratique à l'excès, ce n'est pas ça, au moins un contrôle minimal qui permettrait d'assurer ce que j'appelle l'équité pour tous les participants ou les non participants?

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

M. Chevalier (Gilles): Bien, évidemment qui dit contrôle accru ou amélioré dit évidemment aussi augmentation des ressources appropriées au niveau de l'organisme chargé de l'application. Ça, c'est évident. Au niveau des moyens de contrôle, moi, ce que j'en connais au niveau de l'assurance du régime universel, entre autres, c'est que le contrôle, on disait, devait se faire, notamment, par, par exemple, le rapport d'impôts annuel où il y a des déclarations qui sont faites par les individus, à savoir si je suis admissible à un régime collectif ou non, etc. Le problème que je me pose ou le questionnement qu'on peut se poser: Est-ce que le lien se fait? Moi, je n'ai pas la réponse à ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme la ministre, vous avez encore un deux minutes.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Je discutais avec mes collaborateurs de cette question de contrôle. Évidemment, c'est un autocontrôle, hein? C'est un peu comme au Revenu d'ailleurs. Les gens, au Revenu, on prend pour acquis que leur déclaration est correcte. Chacun doit déclarer et signe, oui, effectivement. De la même façon que, par le rapport d'impôts, on demande de payer la prime s'ils ne participent pas à un régime privé. Et ils signent aussi, hein? Donc, c'est un régime d'autocontrôle dans un sens. On fait un travail cependant avec le

ministère du Revenu pour faire des vérifications, dans la perspective du respect aussi de toutes les lois sur l'accès à l'information. Vous connaissez bien cela?

Une voix: Sûrement, oui.

Mme Marois: Alors donc, dans cette perspective-là — l'opposition connaît ça aussi — nous travaillons dans le respect de cette loi à faire des vérifications pour nous assurer qu'il n'y ait pas de ces situations frauduleuses qui apparaissent, c'est évident. Par ailleurs, l'évaluation qu'on en fait, c'est qu'on réussit malgré tout, je pense, à avoir un régime sain de façon générale. Il peut y avoir à la marge, comme dans tous les régimes, des situations difficiles de cet ordre.

Alors, moi, je veux vous remercier pour votre présentation et votre contribution à nos travaux. On va essayer de voir les situations que vous nous avez soulevées pour voir si nous ne pouvons pas les corriger dans la suite des choses. Merci beaucoup.

Une voix: Merci.

Une voix: On vous remercie beaucoup de nous avoir accueillis.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup, messieurs, pour votre participation. Merci aussi aux membres et au personnel. J'ajourne sine die les travaux de la commission.

(Fin de la séance à 17 h 37)