



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 23 mars 2000 — N° 36

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (9)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 23 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)	1
Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)	9
Conseil du statut de la femme (CSF)	16
Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s, section Sherbrooke (AQDR)	23
Coalition sur l'assurance-médicaments	29
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	37
Regroupement des consultants en avantages sociaux du Québec (RCASQ)	45

Intervenants

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

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

- * M. Yves Millette, ACCAP
 - * M. Yvon Charest, idem
 - * M. Alain Brunet, idem
 - * Mme Dominique Verreault, CPS
 - * Mme Louise Quesnel, idem
 - * Mme Diane Lavallée, CSF
 - * Mme Francine Lepage, idem
 - * M. Yvon Rousseau, AQDR
 - * Mme Margot Lavoie, idem
 - * Mme Jennifer Auchinleck, Coalition sur l'assurance-médicaments
 - * M. Yvon Barbeau, idem
 - * Mme Ann Gagnon, idem
 - * M. Luc Vigneault, idem
 - * M. Kevin Boire, idem
 - * M. René Roy, FTQ
 - * M. Réjean Bellemare, idem
 - * M. Robert Guay, idem
 - * Mme Suzanne Amiot, idem
 - * M. Yves Therrien, RCASQ
 - * M. Michel Paquet, idem
 - * M. Yves Le May, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le Jeudi 23 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): La commission est réunie ce matin pour procéder à une consultation générale et 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 Loiseau (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous donne lecture de l'ordre du jour: 9 h 30, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.; 10 h 15, Centrale des professionnelles et professionnels de la santé; 11 heures, Conseil du statut de la femme; 11 h 45, l'Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s; il y aura suspension à 12 h 30; 15 h 30, Coalition sur l'assurance-médicaments; 16 h 15, Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec; et, à 17 heures, le Regroupement des consultants en avantages sociaux du Québec.

Auditions

Alors, nous avons les représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Je vous rappelle que chaque groupe a environ une quinzaine de minutes pour la présentation de son mémoire, et, par la suite, les 30 minutes sont divisées également entre les deux formations politiques. Alors, sans plus tarder, je laisse la parole à M. Yves Millette, vice-président principal.

M. Millette, voulez-vous, s'il vous plaît, pour les fins de l'enregistrement, nous faire la présentation des personnes qui vous accompagnent?

**Association canadienne des compagnies
d'assurances de personnes inc. (ACCAP)**

M. Millette (Yves): Merci beaucoup, Mme la Présidente. Mmes, MM. les députés, il me fait plaisir de vous présenter les gens qui m'accompagnent aujourd'hui. À ma gauche, M. Yvon Charest, qui est président et chef des opérations de L'Industrielle-Alliance et, à ma droite, M. Alain Brunet, qui est premier vice-président marketing à la compagnie d'assurance-vie Standard. Alors, sans plus tarder, je vous fais la présentation de notre mémoire.

Le régime d'assurance médicaments du Québec fait figure de précurseur au Canada. Il est en effet le régime mixte public-privé le plus avancé au pays en matière de santé. À bien des égards, il a un fonctionnement exemplaire. Il place d'ailleurs le Québec à l'avant-garde des autres provinces lorsqu'il s'agit de combiner les forces des secteurs public et privé, afin de faire face aux défis engendrés par la croissance des coûts de la santé.

Bien sûr, le régime connaît certains problèmes, ce dont il ne faut pas s'étonner, compte tenu de sa courte expérience. Nous sommes cependant confiants que l'évaluation actuellement en cours permettra de corriger certaines lacunes et d'aller encore plus loin dans une expérience qui s'est révélée jusqu'à présent très concluante. Pour bien comprendre le fonctionnement du régime d'assurance médicaments, il faut faire la distinction entre trois groupes: les personnes âgées et les prestataires de l'assistance emploi, qui regroupent 1 600 000 Québécoises et Québécois; les adhérents, 1 500 000; et les assurés des régimes privés, 4 100 000 personnes qui sont réparties en quelque 34 000 groupes différents, qui vont de moins de 10 personnes à plusieurs milliers de personnes.

Un des problèmes du régime réside dans la confusion qui règne entre les notions d'assurance et d'assistance. Il existe en fait, au Québec, une longue tradition d'assistance publique en matière de médicaments. Historiquement, le gouvernement a toujours payé les médicaments prescrits aux personnes âgées et aux assistés sociaux. L'arrivée, en 1996, du régime d'assurance médicaments n'a pas mis fin à cette situation; le gouvernement assume toujours une large part du coût des médicaments lorsqu'il s'agit de cette clientèle. Toutefois, cette dernière est appelée à contribuer une certaine part, davantage en accord avec ce que paient les autres Québécois et Québécoises, mais ceci, uniquement dans la mesure de leurs moyens financiers. Le changement apporté en 1996 n'en a cependant pas fait un groupe d'assurés. Les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi coûtent nettement plus cher que ce qu'ils peuvent raisonnablement payer; ils n'ont pas les revenus suffisants leur permettant d'assumer une prime qui couvrirait leurs coûts. Ainsi, l'État doit compenser dans leur cas le déficit qu'ils engendrent en puisant à même le fonds consolidé, ce qui est conforme à notre tradition de solidarité.

• (9 h 40) •

Somme toute, les personnes âgées et les prestataires de l'assistance emploi doivent être considérés comme des bénéficiaires d'un programme d'assistance qui comble la différence entre le coût réel des médicaments que leur état de santé nécessite et ce qu'ils peuvent raisonnablement contribuer selon leurs capacités financières individuelles. Donc, c'est un régime d'assistance plutôt qu'un programme d'assurance.

L'assistance aux membres de ce groupe en matière de médicaments fait partie du consensus social depuis l'instauration des régimes publics au début des années soixante-dix, et l'argent nécessaire au financement de cette assistance provient, logiquement, du fonds consolidé, fonds auquel chacun d'entre nous contribue, selon sa richesse, par le biais des impôts et des taxes à la consommation.

Une fois qu'on accepte que l'assistance n'est pas de l'assurance, il persiste moins de confusion. On est alors à même de constater que la portion publique du régime n'attire pas des risques plus grands que les régimes privés, et ce, contrairement à ce qu'on pense généralement. En effet, en 1996, c'est un véritable régime d'assurance qui a été établi pour le second groupe, le groupe des adhérents, contrairement à ce qu'on avait vu pour le groupe des aînés et des prestataires d'assistance emploi. Il s'agit, règle générale, de travailleurs qui ne peuvent pas participer à un régime privé collectif. Il peut aussi, à l'occasion, s'agir d'autres personnes qui font partie de la population active mais qui ne sont pas activement au travail, comme les chômeurs ou les étudiants, mais il s'agit là d'une clientèle dont le profil de risque est le même que les autres membres de ce groupe. Mais, en général, ils ont des revenus d'emploi ou d'entreprise. Il s'agit principalement de travailleurs autonomes et de leurs familles. Pris isolément, ils représentent un risque similaire à celui des travailleurs des régimes privés. En moyenne, ces adhérents coûtent à la Régie de l'assurance maladie du Québec 288 \$ par année en médicaments et 26 \$ en frais d'administration, pour un total de 314 \$. En comparaison, les personnes assurées par les régimes privés coûtent aux assureurs 301 \$ par année en médicaments ainsi que 36 \$ en frais d'administration et 38 \$ en taxes, soit un total de 375 \$ en moyenne.

Si on tient compte aussi de la contribution de chacun pour les autres paramètres, c'est-à-dire la franchise et la coassurance, le coût moyen des médicaments pour un assuré des régimes privés est comparable à celui des adhérents au régime public. Donc, les risques assumés par le régime public au niveau des adhérents sont du même ordre que ceux assumés par les assureurs privés, à quelques dollars près. Il y a cependant une différence importante entre les travailleurs qui adhèrent au régime public et ceux qui sont assurés via les régimes privés. Cette différence, c'est la prime payée. En effet, les adhérents du régime public déboursent une prime de 175 \$ par année, alors qu'ils en coûtent 314 \$ à la Régie de l'assurance maladie. En comparaison, les adhérents aux régimes privés paient en moyenne une prime de 375 \$, ce qui permet de couvrir les coûts qu'ils représentent.

Nous constatons une autre différence: les adhérents à faibles revenus des régimes privés ne reçoivent aucune assistance financière. Au contraire, ils doivent même déboursier 38 \$ en taxes que n'ont pas à payer les adhérents au régime public. En effet, l'assureur privé, contrairement à la Régie de l'assurance maladie, doit inclure, en plus de la tarification du risque, une taxe de vente de 9 % et une taxe sur prime de 2,35 %. En somme, nous plaçons qu'il serait

juste et équitable que les adhérents au régime public paient des primes correspondant aux coûts qu'ils représentent, comme c'est le cas pour les adhérents des régimes privés, et que tout le monde soit traité fiscalement sur les mêmes bases.

Rappelons enfin que, toutes les fois qu'on tolère un déficit dans le régime public au niveau des adhérents et qu'on comble ce déficit avec l'argent du fonds consolidé, on transfère sur l'ensemble des travailleurs une partie du coût des adhérents, ce qui, dans les faits, équivaut à une assistance qui est difficile à justifier pour ce groupe constitué de travailleurs comme les autres. Si l'équilibre du régime public n'est pas rétabli, le gouvernement se retrouvera avec un nombre croissant de personnes qui lui coûteront en moyenne 314 \$ mais qui ne lui rapporteront que 175 \$. À long terme, cela ne pourra pas durer, le régime ne survivra pas. Il faudra qu'un mécanisme soit introduit pour ajuster la prime annuellement.

L'ACCAP est donc d'avis que la prime des adhérents devrait être fixée au niveau nécessaire pour qu'elle finance entièrement les coûts que représente ce groupe. Par ailleurs, le gouvernement devrait continuer à maintenir la prime des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi qui ont les moyens de la payer au même niveau que celle des adhérents, et ceci, afin que le régime général d'assurance médicaments demeure équitable pour l'ensemble de la population.

Comme nous l'avons mentionné un peu plus tôt, il est faux de prétendre qu'en assurance médicaments les assureurs refusent d'assumer les mauvais risques. D'ailleurs, afin de le faire efficacement sans pénaliser certains de leurs adhérents, les assureurs ont mis en place un mécanisme permettant de mettre en commun les risques les plus lourds. C'est ce que nous appelons la mutualisation. La semaine dernière, la Société de compensation a déjà présenté son mémoire devant cette commission. Mais, brièvement, la mutualisation constitue une mesure de partage des risques instituée dans le but de limiter les augmentations de prime pour les groupes d'employés restreints, c'est-à-dire généralement les groupes d'employés de PME dont un membre se voit confronter à des coûts de médicaments nettement supérieurs aux autres.

Je vais vous donner ici un exemple dépouillé, c'est-à-dire qu'il ne tient compte que du coût des médicaments et non pas des autres coûts: si vous avez un groupe d'employés d'une PME, une dizaine de personnes qui ont des réclamations en moyenne de 2 000 \$ par année, normalement, pour l'ensemble de ce groupe, la prime devrait être de 200 \$ par individu. Supposons maintenant qu'un de ces individus ait une réclamation très importante au cours d'une année et que cette réclamation-là soit de l'ordre de 10 000 \$ de médicaments, ce qu'on voit de plus en plus fréquemment, à ce moment-là, le coût des médicaments va passer à 12 000 \$ pour ce groupe. Si vous la divisez entre 10 personnes, la prime de ce groupe-là passerait normalement de 200 \$ à 1 200 \$ par année, ce qui est tout à fait inacceptable pour le groupe. Le groupe, normalement, devrait éclater, ne pourrait pas supporter une telle augmentation de prime. Alors, le but de la

mutualisation, c'est d'établir un montant que le groupe pourrait être capable de supporter. Dans le cas présent, pour un groupe de moins de 10 personnes, le groupe aurait à supporter une augmentation de 850 \$, le reste serait repartagé entre tous les groupes de 10 personnes et moins au Québec à travers le mécanisme de mutualisation.

Grâce à la mutualisation, l'augmentation de la prime du groupe demeurera raisonnable et continuera de se comparer à celle de groupes plus nombreux. Le régime public ne participe pas à la mutualisation et les groupes privés importants n'y participent que pour les réclamations au-delà de 50 000 \$, et ce, parce qu'ils sont plus en mesure d'absorber le coût supplémentaire sans que l'augmentation de la prime de l'adhérent soit importante. Juste pour faire comprendre cet élément-là, on peut ajouter que, au lieu d'avoir un groupe de 10 personnes, vous avez un groupe de 1 000 personnes. Le groupe de 1 000 personnes devrait logiquement, à 200 \$ de réclamation en moyenne par individu, avoir des réclamations de 200 000 \$ dans une année. Si vous avez un mauvais risque de 10 000 \$, comme celui dont on parlait tantôt, et qu'il est ajouté au groupe, le coût total du régime pour ce groupe-là va devenir de 210 000 \$, la prime moyenne étant à ce moment-là haussée de 200 \$ à 210 \$. On voit que l'effet n'est pas du tout le même pour un groupe comme celui-là et, à ce moment-là, le groupe peut se permettre d'absorber à l'intérieur même du groupe le cas catastrophique qui est présenté. Par contre, si cet élément-là devient trop important, par exemple si ça excède 50 000 \$, on va considérer qu'on devrait aussi l'ajouter dans la mutualisation.

Le cas des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi est très différent, parce que, dans cette catégorie, c'est l'ensemble des individus qui consomment plus de médicaments, donc qui présentent des réclamations élevées, en moyenne 952 \$ par année, comparativement à 420 \$ pour l'ensemble de la population. Utiliser la mutualisation pour égaliser les primes entre les secteurs public et privé mènerait le processus à la destruction. La mutualisation ne résisterait pas à une telle transformation.

● (9 h 50) ●

Nous en convenons, le vieillissement de la population constitue un véritable défi pour le gouvernement. Par ailleurs, utiliser le mécanisme de mutualisation pour solutionner un problème intergénérationnel ne ferait que détruire le mécanisme en question. Nous sommes toutefois disposés à explorer avec le gouvernement d'autres pistes de solution qui consisteraient à amener les adhérents des régimes public et privé autres que les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi à capitaliser les sommes nécessaires, à acquitter une plus grande part de leurs coûts de médicaments lorsqu'ils seront retraités, l'objectif d'une telle approche étant de favoriser une diminution de la contribution puisée à même le fonds consolidé dans l'avenir. Nous croyons que cette piste pourrait d'ailleurs être étudiée dans un cadre plus large que la stricte couverture des médicaments et constituer une contribution originale du privé au même titre que la mutualisation l'a été pour la prise en charge de la circulaire *Malades sur pied* en 1996.

En conclusion, est-ce qu'un régime universel unique atteindrait mieux les objectifs de protection sociale poursuivis par les Québécois et les Québécoises que le régime universel mixte actuellement en place? Nationaliser le régime d'assurance médicaments et viser son autofinancement complet par une prime forceraient chaque adulte québécois à payer une prime minimale de 535 \$ par année. Comme plusieurs familles devraient recevoir une assistance financière en raison de leurs faibles moyens, la prime serait dans les faits encore plus élevée pour la majorité des Québécoises et des Québécois. Il serait toujours possible de financer le programme via le fonds consolidé, ce qui permettrait de répartir le coût plus équitablement. Mais cela entraînerait instantanément une hausse des impôts de plus de 1,5 milliard de dollars, ce qui, à toutes fins pratiques, annulerait la baisse d'impôts annoncée dans le dernier budget.

En bout de piste, la nationalisation coûterait plus cher aux travailleurs assurés dans le privé, individuellement, puisque les employeurs cesseraient d'assumer leur part de la prime. Comme actuellement la plupart des employeurs dans le secteur privé paient une partie de la prime, ce serait un net désavantage pour les travailleurs du privé, à moins que le gouvernement n'augmente les impôts des entreprises pour financer une partie du programme, ce qui n'enverrait pas un très bon signal aux investisseurs. En outre, ce serait mettre de côté un modèle mixte qui, disons-le franchement, ne va pas mal, sans compter qu'il constituera probablement, sous une forme ou sous une autre, l'une des pistes de solution majeures quand viendra le temps de faire face au problème des coûts croissants de la santé et au vieillissement de la population.

En conclusion, on peut dire que le régime privé a fait ce qu'on attendait de lui. Il a pris charge de l'ensemble des assurés du secteur privé avec un système de mutualisation qui lui a permis de prendre en charge tout le monde. On pense qu'avec le nouveau régime on devrait au moins, pour éviter des biais systématiques qu'on connaît avec le régime actuel, faire que progressivement des individus vont transférer du régime privé à des régimes publics et ajuster les régimes privé et public en fonction de la taxe de vente ou de la taxe sur prime, qui est payée par un groupe et pas par l'autre, en fonction de l'assistance financière pour les personnes à faibles revenus, qui est disponible pour les adhérents mais qui ne l'est pas pour les adhérents du secteur privé, et d'ajuster la prime qui est à l'heure actuelle nettement insuffisante pour les adhérents du public.

Aussi, comme nous le disions un peu plus tôt, nous sommes prêts à regarder avec vous une façon d'aborder le problème intergénérationnel que causera le problème du vieillissement de la population. Je vous remercie, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Millette, pour votre exposé. En l'absence de la ministre, qui est retenue jusqu'à 11 heures pour la défense de ses crédits, je cède la parole à son adjointe parlementaire, la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Alors, bonjour, M. Brunet, M. Charest, M. Millette. Je voudrais excuser Mme Marois qui a dû, à la toute dernière minute, s'absenter et vous assurer que l'ensemble de vos recommandations et des échanges que nous aurons lui seront transmis. Je conçois qu'avec la qualité du mémoire que vous avez présenté il aurait été intéressant pour vous d'échanger directement avec la ministre, mais on va faire de notre mieux pour transmettre le message que vous vouliez lui transmettre ce matin.

Maintenant, si je me réfère à la version que vous nous avez déposée ce matin, à la fin de votre intervention, à la page 9 de votre mémoire, vous avez justement dit, je pense que vous avez terminé votre intervention là-dessus: «Nous sommes toutefois disposés à explorer d'autres pistes de solution qui consisteraient à amener les adhérents des régimes publics et privés autres que les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi, à capitaliser les sommes nécessaires, à acquitter une plus grande part de leurs coûts de médicaments lorsqu'ils seront retraités.» Est-ce que vous pourriez nous expliquer un peu les scénarios, puisque vous les proposez là, comment ceci pourrait se faire? Par des programmes privés, j'imagine? Ou, en tout cas, je vous laisse aller là-dessus. Quelles sont les pistes de solution que vous pensez qu'il serait possible d'instaurer et comment ça fonctionnerait, j'imagine, avec vos membres et les gens qui pourraient faire appel à de tels régimes?

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

M. Millette (Yves): Merci. À ce moment-ci, c'est peut-être un peu difficile d'élaborer de façon complète, parce que le régime n'est pas établi, mais, d'une façon générale, on peut dire que, sauf dans l'assurance santé, les assureurs privés fonctionnent selon le modèle de la capitalisation, que vous preniez une assurance vie, par exemple, ou un régime de retraite, fonctionnent tous sous le mode de la capitalisation, c'est-à-dire que les gens contribuent de façon à avoir une prestation au moment où ils en ont besoin, au moment de leur retraite ou au moment de leur décès. Les régimes fonctionnent comme ça. Les seuls qui ne fonctionnent pas comme ça, ce sont les régimes d'assurance santé, de façon générale, pas juste le régime d'assurance médicaments, mais l'assurance complémentaire pour les chambres d'hôpitaux ou les ambulances ou des choses comme ça.

On fonctionne plutôt sur une base budget à l'heure actuelle. Pourquoi on fonctionne comme ça? J'imagine que c'est parce que le régime public fonctionne comme ça et que, nous, on est complémentaire au régime public. Donc, maintenant, on pense qu'à cause du phénomène du vieillissement de la population qui va venir, au cours des prochaines années, complètement chambarder le pattern traditionnel de l'assurance santé, qu'elle soit publique ou privée, à cause de cette bulle de personnes âgées qui va augmenter et de la diminution prévisible du nombre de personnes actives qui vont pouvoir cotiser, à ce moment-là, il faut trouver une solution qui va se rapprocher de la

façon traditionnelle de faire de l'assurance. C'est pour ça qu'on juge qu'il est très important, à ce stade-ci, de diviser l'assistance de l'assurance, parce que l'assistance va toujours être nécessaire pour les gens qui n'ont pas le moyen de payer le coût, qui n'auraient pas le moyen de capitaliser leur coût futur, par exemple, donc le fond consolidé du revenu va devoir continuer à aider ces gens-là. Mais, de façon générale, on pense qu'une plus grande partie de la population, en contribuant à un régime qui capitalise les coûts futurs, va être en mesure de payer sa juste part des primes et des franchises et coassurance du régime d'assurance médicaments, par exemple, dans le futur.

Maintenant, comment ça peut se faire, ce genre de chose là? Il y a plusieurs façons de le faire. Ça pourrait être comme un REER, par exemple, mais affecté à la santé. Je vais prendre l'exemple de mon propre régime d'assurance collective chez mon employeur. Déjà, depuis nombre d'années, mon régime prévoit qu'au moment de ma retraite mon employeur va mettre à ma disposition une somme de 10 000 \$ que je pourrai utiliser pour payer mes soins de santé pendant ma retraite. J'ai le choix de l'investir où je veux, ce montant de 10 000 \$. Évidemment, 10 000 \$ aujourd'hui, ce n'est peut-être pas suffisant, mais, si on regarde ce qu'il en coûte pour une personne âgée, 952 \$, bien, ça veut dire que mon régime me permettrait d'assumer totalement mes coûts d'assurance médicaments pour les 10 prochaines années, à partir du moment de ma retraite. C'est des choses qui peuvent être faites. Il y a d'autres programmes qui pourraient être mis en place. On peut s'inspirer des systèmes américains, ce qu'on appelle le «long-term care», parce qu'on sait qu'aux États-Unis on a commencé, depuis quelques années, à mettre des programmes en place qui permettent aux gens de capitaliser pour les coûts futurs de leurs soins de santé — parce qu'aux États-Unis le système est différent du nôtre — lorsqu'ils seront à la retraite. Ces régimes-là ne couvrent pas uniquement le médicament, mais vont couvrir aussi l'hébergement en centre d'accueil, les frais de gardiennage, s'ils sont obligés, ou les frais de soins à domicile ou des choses comme ça.

Donc, ce sont tous des programmes qui peuvent être mis en place avec la collaboration du public. Ça pourrait être fait par le privé évidemment ou ça pourrait être fait conjointement par le public et le privé.

Mme Leduc: O.K. Si je comprends bien, c'est soit... Moi, dans ma tête, quand vous m'avez parlé des REER, je voyais comme aussi les parents qui investissent pour des études plus tard de leurs enfants, tant par année ou une assurance telle quelle. Il pourrait y avoir ces deux façons qui pourraient être mises en place de ces deux façons-là.

M. Millette (Yves): Exact.

● (10 heures) ●

Mme Leduc: Maintenant, c'est clair que, dans votre mémoire, vous n'êtes pas d'accord avec le principe de la mutualisation. Il y a des groupes qui sont passés ici

qui disaient que ça pourrait être une solution. Vous avancez, à ce moment-là, que les adhérents au régime privé, ce n'est pas les mêmes qui ont besoin de l'assistance. Mais, d'une certaine façon, si on comprend qu'il y a eu quand même plus de gens qui sont passés du système privé au système public, parce que ça coûtait moins cher — je peux comprendre ça — la prime, mais aussi, s'ils choisissent ça, c'est aussi parce qu'ils sont plus économiquement défavorisés. Donc, on sait, en tout cas, à mon avis, je pense que les études nous démontrent que les gens plus économiquement défavorisés ont aussi plus de problèmes de santé, sont plus à risque. Moi, c'est un peu là-dessus que je suis plus ou moins votre raisonnement dans le sens de dire: La mutualisation n'est pas nécessaire parce que les risques sont les mêmes pour les gens qui sont au public et qui sont au privé. Est-ce que vous pourriez élaborer un peu?

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

M. Millette (Yves): Oui, il y a plusieurs corrections à apporter à ce que vous dites. D'abord, on ne dit pas que la mutualisation n'est pas nécessaire. Elle est essentielle, je pense, si elle sert ce pourquoi elle est faite, premièrement. Deuxièmement, la majorité de l'excédent de personnes au régime public, nous, on croit que c'est la propension de notre marché, de notre économie à faire qu'il y a de plus en plus de gens qui sont des travailleurs autonomes, et ces gens-là ne sont pas organisés en groupe, donc sont presque forcés d'aller au régime public, à moins qu'ils puissent adhérer à une association, à une association professionnelle ou autre. Et, encore là, les tribunaux sont venus un peu limiter le genre d'association qui pouvait souscrire une assurance médicaments. Premièrement.

Deuxièmement, nous croyons que les gens qui sont de cette catégorie-là, de la catégorie des adhérents, n'ont pas une expérience de santé qui est différente de celle du privé, généralement. Les personnes qui vont avoir un problème de santé plus grand vont se retrouver généralement du côté des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi. Particulièrement, au cours des dernières années, où on a eu beaucoup d'efforts pour retourner sur le marché du travail les gens qui pouvaient y retourner, on accentue cette différence-là. Et c'est pour ça qu'on pense que le régime des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi devrait rester vraiment sous la juridiction, si on veut, du fonds consolidé parce que, effectivement, ce sont des gens qui n'ont pas les moyens de payer un régime d'assurance. C'est véritablement un système d'assistance dont on a besoin pour eux.

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

M. Charest (Yvon): Et, comme vous l'avez dit vous-même, il y a des gens qui passent du privé au public parce qu'ils ont l'assistance financière quand ils sont dans le régime des adhérents, puis ces gens-là finalement ne restent

pas dans le privé parce qu'il y a la mutualisation. En dépit du fait qu'on ait la mutualisation, ils s'en vont dans le public parce qu'il y a l'assistance financière. Et c'est pour ça qu'on dit que l'assistance financière devrait être autant disponible aux gens à faibles revenus qui sont dans le régime privé qu'à ceux qui sont dans le régime des adhérents.

Et, dans le régime privé, je pense que, si on regarde ça puis on fait le bilan des trois dernières années, on peut penser que, pour le 4 millions de personnes qui étaient dans le régime privé, le système a plutôt bien fonctionné, dans les dernières années. On a là-dedans un élément qui s'appelle la mutualisation. C'est une recette qui est assez gagnante. Une des solutions, c'est de permettre au privé de dire: Bien, est-ce que vous pouvez jouer un rôle plus grand au niveau du régime des adhérents? C'est un peu comme ça qu'on voit la situation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Charest. Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Vous avez dit, et je l'avais lu, je crois, dans votre mémoire — je pense que vous venez de le mentionner — que vous voudriez que les adhérents au régime privé aient aussi un soutien dans le cadre de crédit d'impôt. Dans ce sens-là, c'est ce que vous mentionnez. Maintenant, vous estimez à 25 millions le coût de l'extension au régime privé du crédit d'impôt. C'est sûr que les chiffres des gens du ministère, les évaluations sont beaucoup plus élevées. Est-ce que vous pouvez nous dire quelle méthode vous avez utilisée pour arriver à ce montant de 25 millions?

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

M. Millette (Yves): Oui, merci. Premièrement, le montant de 25 millions, c'est le montant qui avait été établi avant qu'on connaisse les paramètres des pistes de solution. Donc, ça avait été fait l'automne dernier. Ce système-là a été corrigé. On pense maintenant que c'est beaucoup plus de l'ordre de 35 à 37 millions, mais, encore là, tout dépend de la générosité du système. Mais on pense qu'avec une prime qui serait calculée à quelque chose comme 300 \$ ça coûterait environ 35 millions. D'ailleurs, au total, pour tous les adhérents — on exclut les personnes âgées et les prestataires de l'assistance emploi — on pense que ça coûterait de l'ordre de 115 à 120 millions de dollars. Je sais que les chiffres que vous avez présentés dans les pistes de solution sont plus importants, mais on est prêts à en discuter n'importe quand.

Mme Leduc: Une dernière question. Il me reste du temps? Oui?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la députée, vous avez encore quelques minutes.

Mme Leduc: Il y a beaucoup de personnes, de groupes qui nous ont souligné qu'il y avait une absence de

passerelle pour la gestion du plafond de 750 \$ pour les personnes assurées qui transfèrent entre le régime privé ou public ou deux régimes. Vous dites, quelque part: «Les assureurs sont toutefois disposés à traiter de tels transferts au cas par cas par les adhérents dont la consommation des médicaments est importante.» Maintenant, est-ce que vous considérez que votre Association pourrait mettre en place une procédure plus systématique pour permettre un meilleur transfert de l'information sur la contribution des assurés et entre les différents assureurs plutôt que d'y aller cas par cas, comme vous le suggérez?

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

M. Millette (Yves): Merci. Effectivement, ici, on est flexibles, on comprend qu'une personne qui, par exemple, approcherait du 750 \$ dans une année, s'il fallait qu'elle recommence à zéro en allant ailleurs, ça pose un problème. Par contre, une personne qui aurait déboursé 25 \$ depuis le début de l'année, c'est peut-être moins nécessaire. Mais ce qui arrive, c'est que, rendre obligatoire un système qui va suivre à la trace toutes les contributions qui ont été payées par l'individu à tout moment de l'année au cas où cet individu-là changerait d'emploi, on trouve que c'est un mécanisme administratif très coûteux pour la nécessité qu'on en a. Mais, par contre, il est évident que, si une personne a la possibilité de dépasser son 750 \$ par année, on est prêts, nous, à le comptabiliser, sur demande de la personne.

Mme Leduc: C'est les coûts, finalement, que ça engendrerait pour...

M. Millette (Yves): Ah oui! C'est parce que les coûts sont très importants, effectivement.

Mme Leduc: ...en tout cas, un nombre limité de personnes. Est-ce que vous avez une idée du nombre de personnes que ça touche? Non?

M. Millette (Yves): Je ne pense pas qu'on l'ait...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Brunet, vous vouliez ajouter quelque chose?

Mme Leduc: Oh! excusez.

M. Brunet (Alain): Je pense que, pour ajouter aux commentaires de M. Millette, on n'a pas exactement le nombre d'assurés. C'est plus une question de quinquillerie qu'une question de principe. Je pense qu'il faut avoir quelque chose qui est justifiable sur le plan économique et ne pas pénaliser la personne, comme telle, puis, d'une autre façon, ne pas augmenter les coûts du système. Je pense que votre question est très appropriée, par contre.

Mme Leduc: D'accord. O.K. Je comprends. Ça va, merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, madame. Alors, je cède maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente, et merci, M. Brunet, M. Charest et M. Millette, pour votre présentation, pour la prestation de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, et particulièrement merci pour votre disponibilité aux députés, je présume, des deux côtés, pour répondre à des questions fort complexes. Ce n'est pas facile de comprendre toutes ces questions d'assurances.

Vous avez, dans votre document déposé ce matin, *Questions et réponses*, mentionné que la prime moyenne dans le régime privé est 375 \$: 301 \$ pour les médicaments, 12 % de frais d'administration et 2,35 % de taxe sur la prime et 9 % de taxe de vente. Est-ce que la prime moyenne a changé pendant les derniers trois ans?

Et j'arrive avec l'autre question, et je pense que nous avons eu une chance de questionner un peu sur ça, le feedback que j'ai eu dans mon bureau de comté que le privé, avec le nouveau régime, n'assure pas les hauts risques, les mauvais risques, selon votre documentation, les plus malades. Le fardeau a été transféré au public. Je mets ça tout en bloc et vous donne une chance d'expliquer. Je sais que vous avez une opinion sur ça. Mais l'idée est qu'effectivement le transfert du fardeau a été transféré au public, le privé a continué d'assurer les personnes avec le moins de risques, mais la moyenne des primes est resté élevée. Je voudrais vous donner une chance d'expliquer, selon vous, la réalité selon votre perspective.

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

M. Millette (Yves): Oui. Premièrement, la prime des régimes privés a augmenté au même rythme que celle du public aurait dû augmenter. Autrement dit, en 1996, quand le régime a été mis en place, 175 \$ représentaient le coût moyen des médicaments administrés aux personnes actives — ça ne comprenait pas les personnes âgées; aux personnes actives. Donc, on est parti du même point en 1996. Et, si aujourd'hui on a 301 \$ de coûts de médicaments, bien, ça se compare aux 288 \$ qu'il en coûte à la Régie, 288 \$ étant 314 \$ moins les frais d'administration.

● (10 h 10) ●

Et la différence aussi, on peut le constater, les gens du régime public paient une plus grande part de leur poche sous forme de franchise, de coassurance que les gens du privé, qui, eux, par contre, ont une prime qui est légèrement supérieure, donc, au total, ça se balance, premièrement. Deuxièmement, les gens, de façon générale, ne sont pas passés du régime privé au régime public, comme on l'a dit tantôt. Ce sont surtout les circonstances avec des travailleurs autonomes qui ont fait qu'il y en a beaucoup qui sont passés d'un à l'autre. Troisièmement, il y a certains groupes de travailleurs occasionnels, de travailleurs saisonniers, qui ont pu être incités à passer. Mais vous

allez comprendre qu'il y avait un avantage fiscal à passer, ou une assistance financière. Et surtout, plus le temps passe, plus il y a un avantage réel au niveau de la prime, parce que l'écart se creuse de plus en plus, donc il va y en avoir de plus en plus.

Et, quand on parle de mauvais risques, on a l'impression que vous voulez parler beaucoup... pas vous particulièrement mais de façon générale, les gens parlent beaucoup du fait que les personnes âgées et les prestataires de l'assurance emploi sont assurés dans le public et non pas dans le privé. Écoutez, c'est comme ça depuis le début des années soixante-dix. À toutes fins pratiques, ces gens-là n'ont jamais été dans le privé, la principale raison étant que ce sont des régimes collectifs souscrits auprès d'employeurs et que ces gens-là ne sont pas des gens actifs. Donc, ils n'ont jamais été dans le régime.

La seule chose qui a été faite, c'est que, dans la Loi sur l'assurance médicaments, on avait prévu que les personnes de 65 ans et plus avaient le choix soit de rester dans le régime pour retraités de leur employeur ou d'aller au régime public. Mais vous comprendrez que, avec un coût moyen de 952 \$ non subventionné, dans le privé, la prime pour ces gens-là passait à 952 \$. Sans compter qu'il y a ce qu'on appelle la taxation des avantages sociaux payés par un employeur. Donc, même si l'employeur payait la prime, le retraité recevait un T4 à la fin de l'année qui le forçait à payer de l'impôt pour l'équivalent de l'avantage salarial qu'il avait reçu de cette façon-là. Donc, il n'y avait rien pour inciter une personne âgée à choisir ou à opter pour le régime privé. Ils ont tous opté pour le régime public, c'est évident.

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

M. Williams: Merci beaucoup. Sur un autre ordre de question, dans votre document déposé, *Questions et réponses* — et merci pour ça, d'avoir un document aussi clair que ça — vous avez parlé de l'article 12 de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, qui empêche les assurés de payer moins que 75 % des coûts des médicaments prescrits par un médecin, et vous avez dit que ça limite considérablement les mesures de contrôle des coûts. Je voudrais mieux comprendre ça. Parce que vous avez parlé de génériques ou les médicaments de marque. J'ai compris que l'article dit: Si un générique est prescrit, vous ne pouvez pas payer moins que 75 %, et, s'il y a un produit de marque, c'est la même règle. Je comprends mal votre point que cet article limite... Je voudrais juste vous entendre un peu plus sur ça.

M. Millette (Yves): Oui. C'est-à-dire que l'interprétation qui a été donnée de cet article-là fait en sorte que, même si le pharmacien substitue un produit par un autre moins dispendieux, l'assureur est obligé de rembourser 75 % du coût du médicament qui avait été prescrit au début. Donc, s'il y a une plus grande différence que 25 %, l'assureur est obligé de rembourser quand même 75 %. Et ça pose un problème, effectivement, ça empêche à toutes

fins pratiques les assureurs de mettre en place des régimes de contrôle des coûts.

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

M. Williams: Oui, une dernière question, avant que je passe la parole. Vous avez déposé un document comparatif des coûts entre le privé et le public fort intéressant et fort complexe. Je voudrais juste comprendre que les trois colonnes... Pouvez-vous bien expliquer ça pour le bénéfice de tous les députés, ici? Parce que je pense que c'est un document assez clair qui peut expliquer les enjeux. Je vous donne une chance d'expliquer ça un peu.

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

M. Millette (Yves): Oui, bien sûr. Je vous ai dit, au début de ma présentation, qu'on devait diviser en trois groupes les assurés, c'est-à-dire le groupe des personnes âgées, des prestataires de l'assistance emploi, le groupe des adhérents au public et le groupe des adhérents au privé. Alors, ce que vous retrouvez dans le tableau, la colonne de gauche, c'est le régime des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi. Les deux colonnes du centre, ce sont les mêmes, le régime des adhérents, un avec une prime à 175 \$ et l'autre avec une prime qui serait corrigée à 314 \$, qui est le coût. Et la dernière colonne, c'est le coût des régimes privés. On fait dans ça...

La première ligne, c'est le nombre d'adhérents dans chacun des régimes. Dans la deuxième ligne, c'est le coût moyen par adhérent des médicaments qui sont consommés. On voit que, pour les personnes âgées, c'est 759 \$; et, dans le cas du régime des adhérents, c'est 288 \$; dans le régime privé, c'est 301 \$. Ça, c'est le coût moyen par adhérent des médicaments remboursés. Vous allez voir plus loin qu'il y a la contribution moyenne aussi des individus.

Vous avez ensuite la ligne des frais d'administration. À ma connaissance, le régime d'assurance pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance emploi ne prévoit pas de frais d'administration présentement et ne semble pas en prévoir pour l'avenir non plus. Quand on lit et le bilan et les propositions de solution, aucune ne nous laisse entendre qu'il y a des frais d'administration d'imputés à ce régime-là. Par contre, il y a 26 \$ par adhérent dans le régime public, et ça coûte environ 36 \$ dans le cas du privé.

Vous avez la prime brute. Alors, évidemment, dans les deux premiers cas, c'est 175 \$; dans le deuxième cas, c'est 314 \$; dans le dernier cas, pour le privé, c'est 337 \$. Vous allez remarquer qu'on n'a pas indexé la prime de 175 \$ pour les personnes âgées, à ce moment-ci, parce qu'on ne sait pas ce que le gouvernement veut faire et, comme on vous disait tantôt, ce régime-là est plus un régime d'assistance qu'un régime d'assurance. Donc, on a vraiment comparé plutôt les deux autres régimes.

Vous avez la contribution moyenne, c'est-à-dire la coassurance et la franchise. Vous avez 193 \$ en moyenne pour l'an 2000-2001 pour les personnes âgées; 106 \$ pour les adhérents; et 77 \$ pour le privé. Comme je vous le disais tantôt, la différence étant particulièrement parce que les paramètres du privé sont différents de ceux du public mais que, au bout de la ligne, ça se compense parce que la prime du privé est plus élevée que celle du public. Et vous voyez qu'au total, si vous comparez le régime des adhérents avec le régime privé, il y a 6 \$ de différence au bout de la ligne, en moyenne.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Millette. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, il reste environ...

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. M. Millette et vos confrères, je me rappelle très bien de la présentation que vous avez faite il y a presque quatre ans, lors de la consultation sur le projet de loi n° 33. Il y a eu une longue discussion sur la mutualisation et d'autres termes assez techniques. J'ai compris un peu, je comprends un peu aujourd'hui, un peu plus, peut-être.

Mais la question que j'ai pour vous est la suivante. Vous avez parlé de la complexité du régime mixte, public-privé, ainsi de suite. Moi, je comprends très bien votre point de vue — je ne dis pas que je le partage à 100 % — qu'il faut absolument faire la distinction entre un régime d'assurance et un régime d'assistance. La situation devant nous est encore plus complexe parce que, quand vous parlez des adhérents évidemment, vous semblez dire: On va isoler les personnes âgées, qui ne sont pas des adhérents parce qu'elles tombent dans la section assistance. Sauf que, vous le savez fort bien, il y a des personnes âgées qui paient la prime. La prime est versée dans le Fonds de l'assurance médicaments, mais les coûts sont attribués au fonds consolidé.

Alors, quand vous parlez de la nécessité pour les adhérents d'autofinancer essentiellement le Fonds d'assurance médicaments, est-ce que vous considérez que les personnes âgées qui paient une prime sont également des adhérents? Alors, est-ce que ça devrait tomber également sur leurs épaules d'autofinancer le Fonds d'assurance médicaments, malgré le fait que les coûts du régime sont attribués au fonds consolidé?

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

M. Millette (Yves): Merci. Je pense que c'est une des principales raisons qui nous amèneraient ou qui amènent à proposer que l'assistance et l'assurance soient divisées. Je pense que la prime qui est payée par les personnes âgées n'est pas une prime, au fond, c'est une contribution parce que, on le voit, ce n'est pas établi en fonction des coûts que ces gens représentent. Ce n'est pas une prime d'assurance, c'est une contribution, au même titre que le 2 \$ qu'il y avait avant, elle est de même type. Mais on a voulu, en faisant ça, que la contribution des

gens âgés qui en ont les moyens soit équivalente à ce que les travailleurs actifs vont payer.

Quand on a établi ça, on peut dire que normalement, plutôt que de verser cette prime-là dans le Fonds de l'assurance médicaments, je pense que ça devrait être versé au fonds consolidé et que les personnes âgées, même si elles perdent des primes, ne devraient avoir rien à faire avec le Fonds de l'assurance, parce qu'à toutes fins pratiques à l'heure actuelle, quand la contribution est versée dans le Fonds de l'assurance, bien, c'est une façon indirecte pour le fonds consolidé de subventionner les adhérents, et ça, je pense qu'il faut que ça soit évité.

• (10 h 20) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député, si vous le permettez. Est-ce que vous faites une différence entre les personnes âgées qui ont le moyen et celles qui ne l'ont pas?

M. Millette (Yves): Non, je ne fais pas de différence parce que, même pour les personnes âgées qui en ont les moyens, ça reste une contribution. Ce n'est pas une prime, c'est une contribution. Et ces gens-là, je pense qu'ils doivent continuer à payer une contribution qui est équivalente à la prime qui est exigée des adhérents. Mais ça reste une contribution.

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

M. Copeman: Oui. J'essaie de me retrouver dans les scénarios proposés par le gouvernement. Je pense que c'est le scénario 3, l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls adhérents, c'est ça que vous plaidez. Les scénarios du gouvernement indiquent que la prime maximale serait augmentée de 175 \$ à 550 \$. Mais là vous nous dites que les coûts sont moins que ça, si j'ai bien compris votre présentation. Alors là je suis un peu embêté, parce que vous dites: Il faut que ça s'autofinance, mais le gouvernement nous propose un scénario qui est plus élevé que les coûts que vous avez démontrés dans vos tableaux.

M. Millette (Yves): Non. Ce scénario-là, ce qu'il propose, c'est que, à la fois, les coûts d'assurance et les coûts d'assistance des deux groupes, le groupe des adhérents et le groupe des personnes âgées, soient mis ensemble et qu'il n'y ait plus aucune participation par le fonds consolidé. Je vous disais tantôt que, s'il y avait un régime universel, le coût serait de 535 \$ en moyenne par adulte au Québec. Mais vous voyez l'effet que ça aurait si on ajoutait la contribution, l'assistance à ça; la prime passerait à un niveau assez élevé, là. On n'a pas calculé combien parce qu'on n'avait pas les chiffres pour déterminer le coût de l'assistance. Mais, si on voit qu'une prime passe de 314 \$ à 550 \$ en moyenne, bien, vous pouvez imaginer ce que ça ferait si on passait de 535 \$ à autre chose.

M. Copeman: O.K. Alors, juste pour bien me comprendre, vous suggérez qu'on enlève complètement les

personnes âgées du titre d'adhérents, du titre même de paiement de prime, parce que c'est là où ça porte à une certaine confusion parce que, pour les personnes âgées, présentement, on l'appelle une prime, on l'applique de la même façon, c'est sur le rapport de déclaration d'impôts, ainsi de suite. Vous dites: Enlevez cette catégorie de personnes du fonds complètement; trouvez un moyen, s'il le faut, si le gouvernement le juge opportun, de donner une forme d'assistance à ce groupe de personnes-là; et autofinancez les adhérents, les purs adhérents par le Fonds de l'assurance médicaments.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, dernière question. On attend votre réponse, M. Millette.

M. Copeman: Est-ce que j'ai bien compris?

M. Millette (Yves): Oui.

M. Copeman: O.K.

M. Millette (Yves): Mais toujours il faut rappeler que c'est un exercice plus comptable qu'autre chose parce que c'est une façon de comptabiliser les fonds. Ça ne crée rien de nouveau à toutes fins pratiques, sauf que ça permet de voir plus clairement comment le système fonctionne plutôt que de le mettre en...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ceci met fin au temps qui était alloué. Malheureusement, c'est toujours trop court, parce que très intéressant. Merci de votre participation.

Je demanderais immédiatement à la Centrale des professionnelles et professionnels de la santé de prendre place, s'il vous plaît. Nous avons déjà un peu de retard.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je salue Mme Dominique Verreault, qui est vice-présidente technique, Mme Louise Quesnel, qui est membre du comité de la sécurité sociale, de même que M. Michel Gilbert. Alors, Mme Verreault, vous avez une quinzaine de minutes pour la présentation de votre mémoire. Je vous cède la parole.

Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)

Mme Verreault (Dominique): Bonjour, Mme la Présidente, bonjour Mmes, MM. les députés. Alors, ça me fait plaisir, au nom de la Centrale des professionnelles de la santé, de venir vous présenter notre mémoire.

Un petit mot pour vous dire qui est la Centrale des professionnels de la santé. C'est une organisation syndicale qui regroupe sept syndicats indépendants, près de 9 000 membres dans le réseau de la santé, tous des travailleurs du réseau public de la santé. 85 % sont des femmes, et toutes ces personnes-là oeuvrent au niveau de professions

diplômées collégial ou universitaire du réseau de la santé, telles phytothérapeute, technologue en radiologie, archiviste médical, ergothérapeute, etc.

Alors, les membres de la Centrale des professionnels de la santé se retrouvent, en termes de statut d'emploi dans le réseau de la santé: à 44 %, ce sont des gens qui ont un statut de permanent temps complet; à 21 % ce sont des gens qui ont un statut de permanent à temps partiel; et 36 % de nos membres sont des gens à statut précaire, c'est-à-dire non détenteurs de postes dans le réseau de la santé.

Alors, en termes d'assurance médicaments, évidemment que ces gens-là sont présentement assurés par un régime privé. Présentement, c'est la compagnie SSQ Vie qui détient le contrat qui assure nos membres. Et 34 % de nos adhérents sont des gens qui détiennent une couverture individuelle, 6 % sont monoparentaux, 31 % ont un régime familial, et on a près de 30 % des gens qui sont exemptés parce que couverts par une autre régime d'assurance.

Lors de la mise en place du RGAM, en janvier 1997, nous avons dû évidemment réajuster notre prime au niveau du régime de base. Je tiens à vous souligner qu'au niveau du régime de base 90 % des sommes sont affectées à l'assurance médicaments. Il reste un 10 % qui va pour d'autres types de couvertures, telles chambre d'hôpital ou transport en ambulance, ce type de couvertures là. Donc, 90 % sont affectés aux médicaments, et il a donc fallu réajuster notre prime pour tenir compte que dorénavant la circulaire *malades sur pied* devait être finalement incluse dans notre couverture, permettre également à nos personnes salariées de plus de 65 ans de pouvoir demeurer dans notre régime collectif et également le fait qu'il y avait une introduction, un maximum de contribution de 750 \$ pour les gens qui avaient besoin de services importants en termes de médicaments. Donc, nous avons dû, malgré cela, rapidement réajuster notre prime parce qu'on a rapidement réalisé que cette hausse-là, cette augmentation-là qu'on avait établie en janvier n'était pas suffisante pour répondre à la demande.

Je vous précise également que notre contrat fait en sorte que la mutualisation des risques élevés est assumée à même notre contrat pour les adhérents à notre contrat et que l'employeur, dans notre réseau de la santé, a une contribution très minime, si je puis dire, qui est de l'ordre de 24 \$ par année pour un régime individuel et de 60 \$ par année pour un régime monoparental ou familial, donc une contribution minime dans le total du coût.

Alors, lors de notre renouvellement, qu'on a eu en juillet 1997, alors quelques mois après l'entrée en vigueur du RGAM, on a dû là rétablir la prime avec une hausse de 23 % pour répondre finalement à l'écart qui s'était creusé. Évidemment qu'il n'y a pas juste l'entrée en vigueur du RGAM. Comme pour toute la population du Québec, il y a le vieillissement de notre population, il y a également la charge de travail que les salariés que l'on représente dans le réseau de la santé ont à supporter qui font en sorte que la maladie est peut-être plus fréquente qu'avant. Et finalement ces facteurs-là, entre autres, font en sorte de

faire augmenter la demande en termes de médicaments et évidemment la prime en conséquence.

• (10 h 30) •

Le bilan qu'on fait, nous, à ce moment-ci, du RGAM dans un processus de consultation est qu'il a été quand même positif de mettre en place au Québec un régime d'assurance médicaments permettant et même obligeant tous les Québécois et les Québécoises à détenir de l'assurance médicaments. Il en va pour nous d'une question évidemment de santé. Et, comme on est des professionnels de ce milieu-là, on est, je vous dirais, des gens très sensibles à cela et à la qualité également de la santé ou du retour à la santé des Québécois et Québécoises. Alors, je pense qu'il est important de souligner que cette initiative-là du gouvernement a été quand même très bien reçue par notre organisation, également par nos membres. Le fait également que le gouvernement rapidement réagisse à l'intérieur de ces trois premières années là de mise en application en modifiant certaines modalités quant aux paiements d'une prime qui est devenue mensuelle et les autres interventions qui ont eu lieu pour réajuster certaines choses qui étaient identifiées comme étant difficiles pour les plus démunis nous ont semblé des actions très positives dans la gestion de ce nouveau régime là.

Alors, nous avons, malgré cela, évidemment des points à vous souligner, qui ont été finalement reçus comme, je dirais, des iniquités par nos membres dans le vécu de gens qui ont une assurance qui les couvre par une assurance privée plutôt que le RGAM. Alors, les principales iniquités qui ont été soulevées par nos gens et dont nous voulions vous faire part ce matin, c'est entre autres l'accessibilité pour les personnes salariées à statut précaire. Et vous avez vu tantôt dans ma présentation qu'on a quand même plusieurs personnes dans notre centrale syndicale qui vivent ce problème-là.

Alors, pour les travailleurs et les travailleuses qu'on représente, en plus d'avoir un régime d'assurance qui les protège, il y a également une convention collective qui s'applique. Cette convention collective là fait en sorte qu'il y ait une obligation pour nos gens, quand ils travaillent à plus de 25 % d'un temps complet, d'être assurés, de participer au régime d'assurance collective qu'on leur offre. Et cette obligation-là fait en sorte que, pour des gens qui travaillent huit, neuf heures, 10 heures, des fois, par semaine, il y avait une obligation d'adhérer... il y avait, c'est-à-dire, avant 1997, un choix d'adhérer ou non au régime d'assurance collective. Alors, depuis 1997, bien, il y a une obligation pour le régime de base d'y adhérer, compte tenu du RGAM. Et ça, ça fait en sorte que, pour ces gens-là, ils n'ont pas le choix. Ce sont des gens qui travaillent très peu ou qui travaillent de façon sporadique quelques mois dans l'année, et, le reste de l'année, ils sont sans travail. Et à ce moment-là, ils n'avaient pas accès au RGAM et à une prime qui, je dirais, était de beaucoup moindre que celle qui leur était imposée par notre régime privé. Alors, c'est une des iniquités que nous voulions vous souligner.

Également, pour les personnes à faibles revenus, c'est-à-dire qu'on a des gens à statut précaire, mais on a

également des gens qui ont des postes permanents mais qui ont une permanence de quelques jours-semaine, donc des faibles revenus, alors pour ces gens-là, ces gens-là n'ont pas le choix d'aller vers le RGAM plutôt que d'aller du côté de notre régime privé. Et il n'y a pas de mesure, à ce moment-ci, qui permet, pour des gens à faibles revenus, de pouvoir bénéficier, je dirais, d'un allègement au niveau de leurs contributions au niveau de la prime qu'ils doivent payer. Donc, c'est une question, pour nous, de justice sociale que des gens à faibles revenus, qu'ils soient des travailleurs régis par un contrat privé ou qu'ils doivent aller vers le public, d'avoir au moins une possibilité, soit par un crédit d'impôt ou une autre mesure, de pouvoir voir leurs obligations en termes de prime d'assurance diminuer légèrement.

Alors, je vous dirais également que, dans le mémoire qu'on vous a présenté, on vous a également mis un exemple, parce que non seulement les personnes à faibles revenus se sentent traitées inégalement, mais également des travailleurs et des travailleuses à revenus plus importants. On vous donnait l'exemple, dans notre mémoire, d'une ergothérapeute. Il s'en retrouve beaucoup dans le réseau de la santé, mais il s'en retrouve également plusieurs du côté privé. Et, nous, on a fait l'exemple et on a fait les calculs. Pour une ergothérapeute qui est soumise à participer à notre régime privé, les coûts qu'elle doit déboursier pour son assurance médicaments sont de beaucoup plus élevés que la travailleuse autonome qui est en clinique privée et qui, elle, est au RGAM parce qu'elle n'a pas accès à une assurance collective. Alors, pour une travailleuse qui a un même titre d'emploi, un revenu équivalent, ça peut aller... on sait qu'au RGAM, c'était 175 \$, alors que chez nous, pour une couverture individuelle, on parle d'autour de 230 \$, 240 \$. Et là, si on va à monoparental ou à familial, on se retrouve avec 300 \$ ou 400 \$ d'écart avec la contribution au RGAM de 175 \$.

Également, une petite parenthèse pour vous dire que, pour ces travailleurs et ces travailleuses-là, le fait qu'au RGAM les dépenses encourues pour les enfants sont remboursées à 100 % est aussi une inéquité par rapport à ce qu'on a, nous, dans notre régime où présentement la couverture est à 80 %. Évidemment qu'on pourrait la rendre à 100 %, mais en fonction d'une prime qui serait encore plus élevée et qui viendrait pénaliser encore plus les travailleuses que l'on représente, qui sont souvent, là, mères de famille et parfois aussi monoparentales et qui ont à assumer seules certaines charges de ce type. Alors, au niveau des revenus et de l'inéquité, c'est ce qu'on avait à dire.

Il y a également un point qui a été soulevé à l'occasion par de nos membres et qu'on tenait à vous rapporter. C'est la question de la taxe de vente, qui a déjà été soulevée antérieurement, évidemment par nos prédécesseurs et sûrement d'autres intervenants à cette table. Alors, la taxe de vente de 9 % qui, depuis 1985, assujettit les régimes collectifs. Pour nos gens, la prime qu'ils doivent verser pour leur régime d'assurance médicaments, en plus s'ajoute la prime de 9 %, la taxe de vente et l'autre prime de 2,35 %. C'est ce qu'on ne retrouve pas quand on est

inscrit au RGAM. Alors, pour nous, c'est, encore une fois, une façon détournée, une façon d'aller chercher de l'argent dans la poche de nos gens pour finalement un service qu'on juge essentiel à tous les Québécois et les Québécoises. On comprend difficilement pourquoi il faut payer une taxe de vente quand on va chercher un médicament et qu'on a besoin d'un médicament et qu'on s'est doté d'une assurance pour couvrir ce médicament-là.

La question également du tarif des médicaments, qui nous semble, là également, une inéquité, c'est-à-dire que, moi qui ai un contrat privé quand je vais chercher le même médicament que la personne qui est au RGAM, je ne paie pas le même coût pour ce médicament parce que le gouvernement, lui, a pu négocier des tarifs et des honoraires professionnels reliés à l'achat et à la gestion de cette ordonnance-là, alors que, moi, ma compagnie privée n'a pas la possibilité de faire cette négociation-là avec les compagnies pharmaceutiques ou avec les pharmaciens. Ce qui fait que, pour le même médicament, moi, je dois assurer une part beaucoup plus élevée que la personne qui est au RGAM. Alors, ça nous semble inéquitable. Je dirais qu'on n'a pas nécessairement des solutions à tout ce qu'on vous soulève, mais il nous semblait quand même important de vous soulever ces inéquités-là.

La question du contrôle des primes. C'est le fait que — on l'a déjà soulevé également — depuis l'entrée en vigueur du RGAM, il n'y a pas eu d'ajustement de la prime payée par les adhérents à ce régime-là, alors que dans le cas de notre couverture à nous, de notre régime privé à nous, je vous soulignais qu'en janvier 1997 on a déjà là augmenté la prime. Au renouvellement de juillet 1997, on a dû l'augmenter encore et, à chacun des mois de juillet suivants, elle a dû être augmentée, cette prime-là, pour tenir compte de l'augmentation du coût des médicaments, de l'alourdissement de notre population, notre clientèle. Ce qui fait que, pour nos gens, ça devient difficile à comprendre pourquoi, nous, comme organisme syndical en négociation avec une compagnie d'assurances, on doit à chaque année leur imposer des augmentations de primes au régime de base, alors que leur collègue, leur ami, leur soeur, leur frère qui est assuré, lui, par le RGAM, voit une prime qui a été maintenue stable depuis trois ans. On comprend que l'exercice qui se fait présentement vise à réajuster cela.

Je tiens à dire également à ce moment-ci que pour nous il est évident que les personnes à faibles revenus, les prestataires d'assurance emploi, les personnes âgées ou à la retraite devraient continuer à avoir un traitement en fonction de leurs revenus et d'être, comme le monsieur qui m'a précédée appelait ces personnes-là, non pas des adhérents dans ce régime-là, mais plutôt des assistants, des assistantes, des gens qu'on appelle des assistants, qui paient une contribution plutôt qu'une réelle prime au régime général d'assurance médicaments. Mais les autres personnes qui sont travailleurs autonomes, qui peuvent avoir un revenu qui peut être très comparable à celui des gens qu'on représente, nous, il nous semble que ces gens-là devraient, oui, bénéficier, d'un régime d'assurance médicaments mais en payer ce que ça en coûte, là, pour ne

pas que par d'autres moyens la population du Québec soit tenue de, finalement, leur permettre d'avoir des primes un peu inférieures à ce que, nous, on doit payer dans un régime privé.

● (10 h 40) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, en conclusion, Mme Verreault.

Mme Verreault (Dominique): En conclusion, je vous dirais qu'il nous semble que, dans les propositions de scénarios qui ont été mises sur la table, celle qui se rapproche le plus, finalement, de nos préoccupations est le scénario 4, qui vient réajuster la prime et qui vient aussi, par un moyen proposé qui est au niveau de l'impôt, tenir compte des gens à faibles revenus, qu'ils soient du privé ou du public.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme Verreault. Les iniquités que vous avez soulevées vont sûrement alimenter la réflexion des membres de la commission. Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Oui, je vous remercie, Mme Verreault, de votre présentation. Et je pense que ce qui est intéressant, c'est que vous nous avez présenté à la fois votre organisme comme tel et la situation de vos membres. Et, compte tenu que vous êtes des professionnels de la santé aussi, ce qui s'applique à l'ensemble, je pense que c'est une situation particulière, et c'était fort intéressant dans ce sens-là. Je voudrais aussi vous remercier... Vous avez mentionné que vous êtes en accord avec l'instauration du régime médicaments et aussi les réajustements qui ont été faits. Maintenant, ce que je voudrais vous demander, vous n'avez pas eu le temps nécessairement d'en parler dans votre présentation mais c'était dans votre mémoire... Il y a différentes façons... C'est sûr qu'on souhaite qu'il y ait une plus grande accessibilité, mais évidemment l'exercice dans lequel on est convié, c'est qu'on doit aussi regarder de quelle façon on peut financer. Il y a des questions de financement du régime. Vous vous êtes prononcés: Les assurés des régimes privés devraient pouvoir profiter des interventions sur les prix des médicaments soit par une intervention sur le prix le plus bas ou sur le prix de référence, comme c'est le cas pour les produits inscrits sur la liste du régime. Alors, à ce moment-là, on sait qu'il y a deux... on a reçu des groupes ici qui favorisent une thèse ou l'autre et qui la défendent: Est-ce que vous seriez d'accord avec l'abolition de la règle du 15 ans et l'introduction d'un prix de référence?

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

Mme Verreault (Dominique): Je demanderais peut-être à Mme Quesnel de répondre à la question, je pense qu'elle va être plus en mesure...

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

Mme Quesnel (Louise): Je pense que, de toute façon, l'abolition pour les brevets pharmaceutiques devrait être effectivement diminuée. Par contre, vous dire d'aller carrément vers le prix de référence... on n'a pas étudié en profondeur cet aspect-là, n'étant pas des connaisseurs en pharmacologie plus qu'il faut, ce qui fait que ça peut aller vers là. Mais évidemment, ce que l'on comprend du régime, c'est que c'est quelque chose qui devrait être fort surveillé et qu'à ce moment-là c'est sûr qu'on serait plus impliqué à regarder comment ça doit être fait, le prix de référence, et tout ça. Et je pense qu'il y a des acteurs, à ce moment-là, tels les médecins, les pharmaciens, qui seraient probablement plus impliqués que nous-mêmes dans un premier temps.

Alors, c'est pour ça qu'on n'est pas allé en profondeur à recommander un ou l'autre. Mais on ne serait pas, en contrepartie, contre l'instauration d'un tel système.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Je vous remercie. Justement, on donnait comme solution, autre que le recours au prix de référence ou au prix de base, qu'on devrait s'enligner peut-être vers l'utilisation optimale des médicaments. Ça serait une autre façon en maintenant, si vous voulez, les règles, en écartant le prix de référence, le prix de base, pour contrôler les prix ou enfin avoir un régime qui puisse se financer d'une façon correcte, là.

Alors, est-ce que vous avez réfléchi là-dessus, sur, dans le fond, favoriser l'utilisation optimale des médicaments? Ça peut être aussi dans le sens de financement, ça peut être aussi pour le bien-être des personnes qui utilisent ces médicaments. Est-ce que vous avez des opinions, notamment sur le renforcement des revues d'utilisation des médicaments ou autres?

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

Mme Verreault (Dominique): Je vous dirais que, oui, pour nous, évidemment les travailleurs et travailleuses de la santé, c'est éminemment important que d'utiliser à bon escient les bons médicaments au bon moment et ne pas générer des coûts supplémentaires en utilisant de nouvelles molécules seulement parce qu'elles viennent d'arriver sur le marché et qu'elles sont plus connues ou mieux connues du corps médical.

Alors, pour nous, il est évident qu'il y a un travail à faire là. Dans notre mémoire, on n'est pas allés très loin sur cela, parce que notre préoccupation première était nos membres dans un régime privé. Évidemment que comme professionnels de la santé, je vous dirais qu'on pourrait parler longuement de tout cela, mais il est évident que, pour nous, une meilleure connaissance de ce qui existe sur le marché, de l'impact que les différents médicaments ont un sur l'autre quand on les prescrit à une personne et peut-être aussi de promouvoir un peu plus le médicament qui est le moins onéreux, le moins coûteux quand l'effet est le

même. Évidemment que c'est des voies d'avenue que je crois qu'on devrait utiliser et qui devraient, finalement, là, un peu plus à long terme, faire partie de l'éducation et de l'information de tous les professionnels qui ont à travailler dans ce milieu-là.

Mme Leduc: C'est que plusieurs groupes voulaient une action auprès des prescripteurs et soulevaient beaucoup la formation qui était donnée et l'intervention des compagnies pharmaceutiques en fait de marketing — je vous pose la question parce que vous n'êtes pas un prescripteur, mais vous êtes dans le milieu directement — et questionnaient ces façons de faire. Je ne sais pas si vous avez une opinion là-dessus ou si vous auriez des suggestions pour mieux encadrer ces façons de faire actuelles ou...

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

Mme Verreault (Dominique): Écoutez, on pense qu'effectivement il y a un travail à faire là, parce que, nous, ce qu'on constate, dans les établissements, dans les hôpitaux particulièrement, c'est que souvent la compagnie qui vient de faire un tour dans l'hôpital, qui vient de rencontrer un groupe de médecins et qui a soumis son nouveau produit, souvent ce produit-là est très populaire dans les semaines, dans les mois qui suivent. Évidemment, on vient de leur présenter, il est connu, il est reconnu pour son efficacité, alors il est souvent aussi plus coûteux parce qu'il est plus nouveau. Mais il y a un travail à faire là. Nous, on ne pense pas qu'il faut carrément écarter les compagnies pharmaceutiques de tout ce processus-là; elles ont un rôle important à jouer. Il faut probablement mieux l'encadrer. Mais il y a aussi une question d'information qui nous semble très importante et un rôle important auprès des médecins et également des pharmaciens dans l'utilisation de ces médicaments-là.

Mme Leduc: Maintenant, vous avez dit que vous favorisiez le scénario 4, avec évidemment un ajustement des primes. Vous croyez, finalement, au principe de l'autofinancement du régime?

Mme Verreault (Dominique): Oui, dans la mesure où, comme je vous disais, on exclut les gens à faibles revenus, les prestataires d'assurance emploi et les personnes âgées. Nous croyons que, pour les autres personnes, qui ont un revenu suffisant, il devrait y avoir un autofinancement, là, au niveau de la prime payée, de façon à ne pas faire en sorte que le régime soit déficitaire et que, et je ne l'ai pas soulevé dans ma présentation, mais on l'a, je crois, touché dans notre mémoire, la question d'une mesure complémentaire, qui a été soumise dans les pistes de solution, qui était à l'effet de mutualiser, par les gens qui sont dans des régimes privés, une subvention, si je puis dire, qui aiderait à mutualiser le régime public, pour nous, c'est inacceptable. Je vous dirais, dans la mesure où on assure les risques pour notre groupe, déjà il y a une mutualisation pour notre régime. Et on voit mal

comment vous nous demanderiez de participer à cette mutualisation-là pour des travailleurs et des travailleuses qui ont des revenus similaires à nos gens à nous, là. Alors, à ce niveau-là, je vous dirais que, pour nous, il faut qu'il y ait un autofinancement pour les adhérents au régime général d'assurance médicaments.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée, vous avez encore quelques minutes.

Mme Leduc: Maintenant, il y a quelque chose qui m'a frappée, aussi, c'est à la page 8 de votre mémoire. Vous mentionniez que, pour mieux assurer la couverture destinée aux enfants, le régime général d'assurance médicaments devrait s'inspirer de l'esprit de la politique familiale. J'imagine que ça fait référence que, quand c'est dans un régime privé, la couverture n'est pas totale comme dans le régime public. Est-ce que vous pourriez expliquer ça? J'ai peut-être donné la réponse, là. En quoi l'esprit de la politique familiale pourrait nous permettre d'améliorer la couverture destinée aux enfants?

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

Mme Verreault (Dominique): Je vous dirais par un support financier — crédit d'impôt ou autre façon de faire — qui permettrait aux gens qui adhèrent à un régime privé, qui ont une famille, des enfants, d'avoir un support de l'État de la même façon que s'ils étaient au régime général d'assurance médicaments et d'avoir une couverture à 100 % pour les médicaments de leurs enfants et de ne pas avoir à en assumer la prime, là, totalement, comme c'est le cas dans le privé.

Mme Leduc: D'accord. Merci beaucoup, Mme Verreault.

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

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Verreault, Mme Quesnel, M. Gilbert pour la présentation de la Centrale des professionnelles et professionnels de la santé.

J'aurais peut-être un commentaire d'ordre général puis quelques questions plus techniques. Vous avez, de façon très exacte, je crois, soulevé toutes les iniquités qui s'appliquent ou qui existent entre le régime public puis le régime privé, le fait que la prime n'a pas été ajustée. D'ailleurs, on a eu une discussion ici, au sujet de la prime puis quand est-ce que cette prime aurait dû être ajustée, ainsi de suite, le fait que les enfants sont couverts gratuitement, le fait que la TVQ s'applique dans votre cas mais pas dans le cas du régime public, le fait qu'il y ait une variation dans la prime selon le revenu, qui n'existe pas dans le privé. C'est une série de mesures, essentiellement, d'assistance qui s'appliquent à un régime public basé sur l'assurance.

Depuis le début de cette commission, puis en échange avec la ministre en Chambre, grosso modo, ce qu'on entend comme solution que la ministre veut amener, c'est d'augmenter la prime, essentiellement. Des solutions à ces inéquités-là que vous soulevez, je n'en ai pas entendu beaucoup. Je ne pense pas que la ministre ait dit qu'elle allait imposer une prime supplémentaire pour les enfants ou, par contre, ajuster le régime public d'autre façon. Et le type de solutions qui seraient un peu logiques ou normales pour les inéquités, je pense qu'elles tombent généralement dans le domaine du budget du gouvernement du Québec, autrement dit éliminer la taxe de vente, ce qui n'a pas été fait par le ministre des Finances, instaurer un régime de crédits d'impôt pour des régimes privés, ce qui n'a pas été fait dans le budget.

● (10 h 50) ●

Alors, quelle est votre réaction à tout ça? Vous avez fait une excellente démonstration des inéquités. Je n'en ai pas entendu, des solutions, nulle part, surtout du côté du gouvernement. Alors, comment est-ce que vous réagissez à tout ça? La ministre nous dit jour après jour qu'elle n'a pas d'argent. Les mesures que vous proposez, j'imagine, pour solutionner ces inéquités-là, vont coûter de l'argent au gouvernement. Est-ce que je me trompe?

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

Mme Verreault (Dominique): Écoutez, nous, on n'est pas non plus là... On a aussi reçu le budget la semaine dernière. Bon, on sait ce que le gouvernement a mis sur la table. On n'est pas en mesure de vous donner — je l'ai dit tout à l'heure dans ma présentation — des solutions à tout ce qu'on soulève là. Mais il nous semble que ça passe dans un premier temps par une hausse de la prime évidemment, mais aussi par des mesures fiscales, genre crédits d'impôt, pour finalement venir en aide aux faibles revenus, aux familles, etc. Ce que je vous ai dit tout à l'heure... on n'a pas à ce moment-ci d'autres solutions à proposer pour régler ces inéquités.

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

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. À la page 8 de votre mémoire, vous avez une rubrique qui s'appelle Tarification des médicaments. Et dans votre présentation — j'ai essayé d'écouter attentivement — à un moment donné, il me semblait que le point que vous vouliez soulever, c'est que les assureurs privés ne paient pas le même prix pour des médicaments. Là, j'aimerais que vous nous expliquiez ça. Parce que vous faites référence au document d'évaluation où vous dites que le coût moyen d'une prescription de médicament était de 25 \$, tout près de 26 \$, dans le régime public, comparativement à 28 \$ et 35 \$ dans le régime privé, un écart de 9 %. Est-ce que cet écart vient de la nature des prescriptions ou est-ce qu'il vient simplement du prix? Parce que, moi, je pensais que le prix était pareil pour tout le

monde. Si le prix n'est pas pareil pour tout le monde, en tout cas, vous m'apprenez quelque chose. Ça arrive souvent, mais c'est fort bien, c'est correct d'ailleurs. Mais c'est la première fois que j'entends que le prix payé pour le même médicament pourrait être différent dans le régime public que dans des régimes privés.

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

M. Copeman: Est-ce que j'ai bien compris?

Mme Verreault (Dominique): Vous avez bien compris. C'est que pour un même médicament, quand j'arrive à la pharmacie avec ma prescription et qu'on sait que je suis couvert par une assurance privée, le prix du médicament, le prix de l'honoraire professionnel, le geste posé par le pharmacien n'est pas le même que si j'arrive avec la même prescription et que je leur dis que je suis au RGAM.

M. Copeman: Pour exactement la même prescription, pour le même service... honoraire professionnel?

Mme Verreault (Dominique): Oui.

M. Copeman: Et ça, c'est dû à quoi? Au pouvoir d'achat du régime public ou c'est dû...

Mme Verreault (Dominique): Écoutez, à moins que je ne me trompe — je ne suis pas une spécialiste du domaine de l'assurance ni de la mise en place du RGAM — ce que j'en ai compris, c'est que, quand on a mis en place ce régime public là, il y a eu une négociation qui s'est faite entre le gouvernement et des compagnies pharmaceutiques pour établir des prix et il y a eu aussi une négociation avec les pharmaciens pour établir les honoraires professionnels, qui seraient chargés à chaque fois que le pharmacien poserait le geste, et ça, ça fait en sorte que ça établit un prix pour le même médicament, alors que, quand on arrive avec la même — identique — prescription, le même médicament, on ne paie pas le même prix. Moi, je le paie plus cher parce que je suis assurée par une compagnie privée qui n'a pas eu la possibilité de négocier ces tarifs-là avec le pharmacien ou avec les compagnies pharmaceutiques.

M. Copeman: Et ça s'applique également aux tarifs pour les services, honoraires professionnels...

Mme Verreault (Dominique): Professionnels du pharmacien.

M. Copeman: ...des pharmaciens que le prix du médicament?

Mme Verreault (Dominique): Exactement.

M. Copeman: Bien, coudon!

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'il en serait moins coûteux d'avoir un régime uniquement public?

Mme Verreault (Dominique): Écoutez, nous, pourquoi j'ai dit qu'on privilégiait le scénario 4? Ça n'apparaît pas dans le mémoire, ça fait partie de la réflexion qu'on a continué à faire et aussi des informations qu'on a eues depuis. C'est que, pour nous, d'aller vers un régime complètement étatisé ou privatisé ou même le régime catastrophe qui était un des scénarios proposés nous semblait finalement remettre en question tout ce qui avait été fait dans les trois dernières années. Il a peu de vécu, le régime, et il nous semble, quand même, qu'il a amené des points très positifs et qu'il faut corriger ce qui est inéquitable, mais aller dans le même sens, alors que de complètement étatiser ou privatiser nous semble remettre en question tout cela, repartir sur d'autres bases et probablement, dans trois ans, se retrouver aussi à faire un constat de ce qui aurait été mis en place et de ce qui va et ce qui ne va pas. Alors, c'est pour ça que, nous, on privilégiait de continuer dans la même voie, un partenariat public-privé, en ajustant certaines choses et, entre autres, la prime.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En somme, conserver un secteur témoin?

Mme Verreault (Dominique): Exactement.

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

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci pour votre présentation. Deux courtes questions, si... Il reste le temps, là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, oui, il vous reste encore...

M. Williams: Oui, O.K. Merci. Encore sur la tarification et les prix. Vous avez recommandé, à l'intérieur des régimes privés, une intervention sur le prix le plus bas ou le prix de référence. Vous n'avez pas nécessairement privilégié une ou l'autre. Depuis le dépôt de votre mémoire, êtes-vous allés plus loin? Est-ce que vous avez discuté de la question du prix le plus bas ou du prix de référence, deux régimes assez différents?

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

Mme Verreault (Dominique): Malheureusement, non, je vous dirais qu'on ne s'est pas penchés sur cette question-là. Comme le disait ma collègue tout à l'heure, on n'est pas des spécialistes de l'assurance, et, nous, on est là plutôt pour voir au bien-être et à donner un meilleur

service à nos membres, en restant vigilantes sur ce qui se passe, et on n'est pas suffisamment familières avec ces procédures-là, je vous dirais, pour privilégier l'un ou l'autre.

M. Williams: O.K. Mais, quand même, vous avez donné...

Mme Verreault (Dominique): Oui, on l'a...

M. Williams: ...beaucoup de bonne information à nous sur les questions de tarification et coût moyen.

Mme Verreault (Dominique): Ha, ha, ha!

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

M. Williams: Merci. Vous avez aussi recommandé, sur page 10, que le gouvernement peut-être puisse retourner et rétablir la circulaire *Malades sur pied*. Je trouve ça intéressant comme projet. La circulaire *Malades sur pied* a été abolie, et le groupe juste avant vous dit que le gouvernement a épargné quelque 35 millions de dollars par année avec l'abolition de ça. Je voudrais vous entendre un peu plus sur cette recommandation de rétablir la circulaire *Malades sur pied*.

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

Mme Verreault (Dominique): Si on l'a mis dans le mémoire de cette façon-là, c'est que, nous, il nous semble que, depuis l'avènement, de janvier 1997, du RGAM, l'abolition de cette circulaire-là a fait en sorte qu'évidemment pour le privé on a dû assumer le coût de ces médicaments-là dans nos régimes, ce qui était un coût important. Il faut savoir que cette circulaire-là, c'est pour des médicaments très onéreux qui servent à traiter le cancer ou la sclérose en plaques, ce type de maladie là. Alors, il y a ça.

● (11 heures) ●

Il y a aussi les problématiques que ça a créé, je vous dirais, pour les gens qui ont à utiliser ces médicaments-là, c'est-à-dire que, antérieurement, quelqu'un qui était atteint de cancer qui avait besoin d'un médicament, quand il allait à l'hôpital, on lui fournissait son médicament et il n'avait pas à faire de démarche pour aller se procurer le médicament à la pharmacie, déboursier des sommes d'argent pour le payer et, après ça, recevoir de la compagnie d'assurances un chèque qui était de l'ordre de 80 % du coût du médicament, si je prends notre régime à nous. Alors, il y a là, au-delà de simplement l'imputation des coûts de ce médicament-là, qui maintenant doit être payé à même nos primes, le fait que, pour les gens qui ont besoin de ces médicaments-là... Ce sont des gens qui sont atteints, qui... Et ça permet, ces médicaments-là, de garder des gens, je ne dirais pas en santé, mais au travail, je dirais socialement actifs, et on

leur a transféré une charge en termes de démarche qu'ils ont à faire, ces gens-là, pour se procurer ce médicament-là, avancer les sommes d'argent, alors qu'antérieurement à ça, bien ces gens-là l'avaient directement de l'hôpital sans avoir à faire toutes ces démarches-là.

On sait qu'au RGAM et aussi pour les gens qui ont besoin de ces médicaments-là, quand ils vont les chercher en pharmacie, ils n'ont pas à faire le déboursé et attendre un remboursement par un chèque, là, c'est ce qu'on appelle la transmission électronique directe qui fait que les gens n'ont qu'à déboursier la différence, alors que pour nos gens à nous, bien, ils ont à déboursier le montant total du médicament et à attendre que la compagnie les rembourse. Alors, quand on parle de médicaments très onéreux qui peuvent aller dans le 2 000 \$, 3 000 \$ par mois, on comprend que c'est des sommes importantes pour ces gens-là.

Alors, c'était quelque chose qu'on soulevait en disant: Peut-être qu'on devrait remettre ça en place quitte à étudier un petit peu plus en profondeur la problématique qu'il y a autour de cela puis de voir si on n'est pas capable de le faire autrement, là. Mais, pour nous, il semblait qu'un retour en arrière pour la circulaire serait bénéfique pour la population du Québec et nos gens, évidemment.

M. Williams: Merci pour votre réponse.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Verreault. Quelques minutes, Mme la députée de Mille-Îles?

Mme Leduc: Je voudrais quand même souligner à mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce, quand il disait que la ministre n'a pas répondu aux iniquités, le document qui s'appelait *Les pistes de révision* soulignait une grande partie des iniquités qui étaient là, et dans...

Une voix: ...

Mme Leduc: ... — le document d'évaluation — le document, ici, on donnait certaines pistes de solution. Mais on est ici pour en entendre d'autres, alors j'imagine qu'éventuellement Mme la ministre — et non pas moi, évidemment — pourra fournir d'autres pistes qui répondront plus particulièrement à ce qui nous a été soulevé ce matin. Alors, merci beaucoup, Mme Verreault.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci beaucoup, Mme Verreault. Merci aux personnes qui vous accompagnent. Et je demanderais immédiatement au Conseil du statut de la femme de prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission entendra maintenant les représentantes du Conseil du statut de la femme. Bienvenue, Mme Lavallée. Bienvenue aux gens qui vous accompagnent. Vous avez une quinzaine de minutes pour la présentation de votre

mémoire, et j'apprécierais que vous nous présentiez les gens qui vous accompagnent.

Conseil du statut de la femme (CSF)

Mme Lavallée (Diane): Très bien. Bonjour. Vous avez, à ma droite, Mme Ginette Plamondon, qui est une professionnelle au Conseil. Il y a Francine Lepage, économiste, et Monique des Rivières, qui est directrice de la recherche.

Eh bien, bonjour, MM. et Mmes les députés. Ça me fait bien plaisir d'être entendue à cette commission. Vous savez que le Conseil s'intéresse aux travaux de la commission sur...

Une voix: ...Mme Lavallée.

Mme Leduc: Je ne sais pas si les gens du Conseil du statut de la femme étaient ici quand on a annoncé que Mme Marois ne pouvait pas être présente, mais elle va se joindre éventuellement à nous, et je la remplace d'ici ce temps-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la ministre est à défendre ses crédits actuellement, alors donc elle devrait se joindre dans quelques instants. Alors, je vous cède la parole, Mme Lavallée.

Mme Lavallée (Diane): Très bien. On est heureux d'être entendu aujourd'hui, effectivement, parce qu'on sait, dans un premier temps, que les femmes utilisent davantage les services du système de santé que les hommes notamment, ne serait-ce qu'à cause de la maternité ou de leur longévité. Donc, l'avenir du régime d'assurance médicaments les concerne au premier chef.

D'entrée de jeu, on veut souligner qu'on aurait aimé que l'évaluation du régime d'assurance médicaments soit menée dans le cadre d'une réflexion plus vaste sur l'ensemble du système de santé, incluant les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie. Pour nous, les médicaments ne peuvent être considérés isolément des autres services, particulièrement depuis la mise en oeuvre aussi du virage ambulatoire qui leur a donné une importance accrue dans la prévention et le traitement des maladies et au moment de la convalescence. Donc, plus qu'une nouvelle dépense pour l'État, on croit que le régime d'assurance médicaments représente dans les faits une nouvelle façon de rendre des services de santé.

Donc, notre présentation va toucher trois points. La politique de médicaments. Donc, les ressources que la société québécoise consacre à l'achat de médicaments peuvent-elles être mieux utilisées? C'est à ça qu'on essaiera de répondre. Un autre point qui est l'accessibilité aux médicaments. Donc, le régime actuel garantit-il à toutes et à tous un accès véritable aux médicaments prescrits ou faut-il amener des améliorations à ce titre? Et, troisièmement, le financement du régime. Alors qu'on parle de sous-financement d'un régime public d'assurance

médicaments, comment donc assurer la viabilité du régime tout en s'appuyant sur un partage équitable des coûts?

Donc, le rapport d'évaluation du régime d'assurance médicaments a fait ressortir assez clairement que la croissance rapide des coûts remet en question la viabilité du régime, à long terme du moins. On considère donc qu'il est essentiel d'intervenir en vue d'en contenir les coûts. C'est pour ça que le Conseil recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait élaborer et mettre en oeuvre une politique du médicament — je pense qu'on n'est pas les premiers à vous en parler. Celle-ci devrait essentiellement viser à favoriser une utilisation plus adéquate de ceux-ci. Une politique du médicament devrait permettre à l'État d'autoriser la vente des médicaments qui ont un effet bénéfique substantiel, de mieux contrôler les prix et les profits d'une industrie qui est évidemment très lucrative, de sensibiliser aussi les médecins aux effets néfastes de la surprescription et les consommateurs aux dangers de la surconsommation. Cette politique du médicament devrait, selon nous, prévoir également la mise en oeuvre de la règle du prix le plus bas. On accueille donc positivement la piste de révision que vous étudiez relativement à cette mise en application intégrale de la politique du prix le plus bas.

Le Québec se doit donc de cesser de privilégier, selon nous, indûment les médicaments d'origine coûteux. En effet, le Québec est la seule province qui assure une protection de 15 ans à partir de leur commercialisation aux nouveaux médicaments sur le marché afin d'en permettre la substitution par les équivalents génériques. C'est davantage que la protection qui est accordée par le gouvernement fédéral qui, elle, est de 20 ans à compter de l'obtention du brevet pharmaceutique, ce qui fait passablement la différence. Bonjour, Mme la ministre.

Mme Marois: Je m'excuse, si vous me permettez, Mme la Présidente, j'avais une autre intervention à faire à l'Assemblée nationale — d'ailleurs, notre collègue de l'opposition y était aussi — je ne pouvais pas être à deux places en même temps.

Mme Lavallée (Diane): Il faudrait vous cloner.

Mme Marois: Voilà, je pense que oui, j'en suis là.

Une voix: ...une bonne idée.

Mme Marois: Ah! Vous n'aimeriez pas ça?

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je pense que je vais recéder la parole à Mme Lavallée.

Mme Lavallée (Diane): Le gouvernement québécois adopte donc ainsi une règle qui est favorable à l'industrie des médicaments d'origine plutôt qu'à la réduction des coûts de ceux-ci. De plus, nous croyons que la création d'un dossier unique où seraient consignés

l'ensemble des médicaments vendus à une personne permettrait aussi un meilleur contrôle des médicaments qui sont consommés par celle-ci. Ainsi, en ayant accès à une telle information, les médecins disposeraient d'une connaissance globale des médicaments déjà utilisés par leurs patientes ou leurs patients, ce qui pourrait leur éviter de prescrire des médicaments non appropriés ou dont l'utilisation conjointe avec d'autres serait vraiment non recommandée. De plus, les pharmaciennes et les pharmaciens disposeraient également d'un outil précieux d'information quant à l'ensemble des médicaments utilisés par un individu.

Il importe, par contre, de veiller à la confidentialité d'une telle liste. Des mesures devraient être mises en place afin de s'assurer que personne d'autre que les gens autorisés n'aient accès aussi aux informations. Et, parmi les diverses mesures envisageables, on peut penser à la détermination d'une période maximale pendant laquelle ces informations-là quant à l'utilisation des médicaments d'un client devraient être conservées, donc détruites après un certain temps. On recommande donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue la possibilité de créer un dossier unique où seraient consignés l'ensemble des médicaments utilisés par une personne, lequel pourrait être consulté par les médecins de même que par les pharmaciennes et pharmaciens.

● (11 h 10) ●

La mise en place du régime public d'assurance médicaments s'est traduite sans conteste par un meilleur accès aux médicaments prescrits pour ceux et celles qui, auparavant, n'étaient pas protégés par un régime offert soit par l'employeur ou par le gouvernement. Notamment pour ce qui est du cas des personnes âgées et des prestataires de l'aide sociale, donc, pour certains citoyens, l'instauration du régime public a cependant eu des effets négatifs. Pour la majorité des prestataires adultes de l'assistance emploi, c'est-à-dire les 73 % qui ne présentent pas de contraintes sévères à l'emploi, la gratuité complète des médicaments à l'achat a été remplacée par des frais de participation. Les sommes correspondant à la franchise et à la coassurance exigées peuvent paraître peu élevées à quelqu'un qui bénéficie d'une certaine marge de manoeuvre. Toutefois, on croit qu'elles représentent peut-être un frein à la consommation de médicaments prescrits dans le cas des prestataires qui sont concernés et qui ne touchent que leurs prestations. Rappelons que ces personnes reçoivent entre 500 \$ et 600 \$ par mois et que, étant donné que plusieurs d'entre elles reçoivent de l'aide sociale depuis parfois plusieurs années, elles n'ont donc pas pu économiser les sommes nécessaires pour peut-être faire face à toute dépense qui va au-delà de leurs besoins de base, logement, alimentation, et autres.

Nous savons donc que des améliorations ont déjà été apportées au régime public depuis sa mise en application et nous pensons qu'il faut faire peut-être un pas de plus au profit des 320 000 autres prestataires qui sont adultes. Afin que les prestataires de l'assurance emploi qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi aient un véritable accès aux médicaments, on croit qu'il faut faire

en sorte qu'ils bénéficient d'un revenu suffisant et ou bien remettre en question la franchise ou la coassurance qui leurs sont imposées.

Depuis l'avènement du régime public, les personnes âgées de 65 ans et plus sont appelées à contribuer plus qu'elles ne le faisaient dans le passé aux coûts de leurs médicaments. Ainsi, selon leurs revenus, elles versent une prime et, au moment de l'achat des médicaments, elles sont soumises à une franchise et une coassurance jusqu'à une contribution maximale annuelle établie à 200 \$, 500 \$ ou 750 \$. Donc, dans son rapport portant sur les pistes de révision du régime, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît que ces trois seuils sont sources d'iniquité lorsqu'ils conduisent à exiger un effort financier significatif et différent de la part de personnes qui, somme toute, ont une situation financière assez comparable. Donc, on souhaite que des correctifs soient apportés à ce problème d'iniquité causé par la détermination des trois seuils de contribution annuelle dans le cas des personnes de 65 ans et plus.

On va aborder maintenant la question du financement du régime public d'assurance médicaments et comment assurer la viabilité du régime public tout en s'appuyant sur un partage équitable des coûts. On croit donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit examiner plus à fond la possibilité d'instaurer un régime universel public d'assurance médicaments.

L'accès aux médicaments serait désormais entièrement du ressort d'une politique publique, comme c'est le cas pour les services hospitaliers et médicaux de base. Les conditions pourraient être réunies pour qu'une meilleure allocation des ressources soit réalisée entre les diverses composantes du système de santé. Et, de plus, la possibilité de transférer les mauvais risques au régime public n'aurait plus cours dans la mesure où une telle tendance existe présentement. Les risques de bris de confidentialité seraient atténués. Enfin, peut-on penser que, étant le seul assureur, l'État pourrait exercer aussi un meilleur contrôle sur l'évolution des prix des médicaments qui sont prescrits. Nous pensons que le financement du régime pourrait mieux tenir compte de la capacité de payer de chaque contribuable. Certaines disparités qui existent présentement entre le régime public et les régimes collectifs pourraient disparaître, que ce soient les franchises, les coûts de coassurance, couverture pour les enfants, listes des médicaments remboursés.

Enfin, le soutien des clientèles à risque serait mieux rétabli entre les contribuables sans que l'appartenance à un milieu socioprofessionnel donné entre en ligne de compte, comme actuellement avec le régime mixte. À ce propos d'ailleurs, les statistiques fiscales tirées des déclarations des revenus de 1997 montrent que les personnes qui contribuent au régime public d'assurance médicaments se recrutent principalement dans les tranches des revenus modestes. Ainsi, 81 % des contribuables qui ont cotisé au régime cette année-là avaient un revenu total inférieur à 30 000 \$ par année, ce qui indique une surreprésentation des contribuables à faibles revenus parmi les cotisants. On peut donc en inférer que, dans l'ensemble, ceux qui sont

assurés aux régimes collectifs privés bénéficient d'une situation financière plus avantageuse.

Dans le rapport *Pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*, on indique de plus que, compte tenu de leurs revenus, la moitié seulement des personnes âgées et des adhérents au régime public versaient la prime en totalité. Bien qu'il se veuille un régime d'assurance, on se rend compte que le régime public joue un rôle d'assistance non seulement à l'égard des assistés sociaux et des personnes âgées, mais également à l'endroit de la moitié des adhérents. À noter que les personnes à faibles revenus assurées par un régime collectif privé ne bénéficient pas d'une aide similaire. Donc, enfin les prévisions établies pour 2000-2001 dans ce rapport laissent entendre que les adhérents adultes au régime public occasionneraient en moyenne des dépenses un peu plus élevées que celles des assurés des régimes collectifs privés. Un régime public, selon nous, répartirait plus largement les risques plus élevés qui semblent à première vue être associés aux adhérents du régime public.

Ceci étant dit, la décision qui a été prise en 1996 de baser le régime général sur des régimes collectifs privés et un régime public complémentaire a probablement été prise en considérant le rôle important que jouaient déjà l'entreprise et l'industrie privée dans le domaine des services de l'assurance collective en assurance médicaments. Donc, à défaut d'un régime public, qui serait selon nous plus souhaitable, on croit que le scénario 4 qui est présenté est une avenue à explorer en y ajoutant par contre certains aménagements.

Ce scénario propose que la prime payée par les adhérents adultes soit uniforme. Le Fonds d'assurance médicaments serait donc doté des ressources financières lui permettant de remplir ses responsabilités et d'établir la prime en fonction des principes d'une assurance sociale pour les adhérents. Les personnes à faibles revenus se verraient accorder une compensation sous forme d'exemption de prime ou d'aide fiscale qui serait en définitive à la charge des revenus généraux de l'État. Ainsi, tous les contribuables apporteraient leur soutien à ceux qui ne peuvent verser une prime complète, ce qui garantirait selon nous une meilleure équité. De plus, il faudrait qu'une aide fiscale analogue soit accordée aux assurés à faibles revenus des régimes collectifs privés, ce qui rendrait selon nous le régime général encore plus équitable.

Par ailleurs, le fonds du revenu consolidé devrait continuer d'assumer les coûts des médicaments des personnes âgées et des prestataires de l'assistance emploi parce que la meilleure façon de financer un programme d'assistance, c'est de le faire par des impôts généraux plutôt que par des cotisations. Il serait alors normal que les primes prélevées auprès des personnes âgées soient versées aussi au fonds de revenu consolidé, ce qui introduirait plus de cohérence dans le régime.

Enfin, pour pallier aux coûts éventuellement plus élevés occasionnés par les adhérents du régime public, on recommande la mise en place d'un mécanisme qui vise à assurer un meilleur équilibre des risques entre les

adhérents au régime public et les assurés des régimes collectifs privés, ce qui existe, la mutualisation qui existe entre, présentement, les assurances collectives privées.

Je conclurai donc en rappelant qu'à l'heure du virage ambulatoire et du vieillissement de la population on doit considérer les médicaments comme une partie intégrante des services de santé, et, dans ce sens, il faut aussi tenir compte, peut-être, des économies que le régime d'assurance médicaments permet, notamment en coûts d'hospitalisation, d'hébergement, de même que les bienfaits qu'en retirent les citoyens et les citoyennes de tous les âges. Donc, je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup, Mme Lavallée, pour vos commentaires. Mme la ministre, je vous cède la parole.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Alors, je vous remercie pour la qualité de votre mémoire. J'aimerais revenir sur certains commentaires que vous faites de même que certaines des recommandations.

D'abord, aux pages 6 et 7 de votre mémoire — évidemment, je pense que vous ne serez pas étonnée que je vous pose cette question compte tenu de votre mandat et de votre fonction — vous parlez des besoins spécifiques des femmes à l'égard du régime d'assurance médicaments. J'aimerais ça que vous nous en parliez un petit peu parce que c'est un volet qui n'a pas été, jusqu'ici, aucunement abordé. On l'a abordé d'une façon plus, évidemment, générale, les besoins des malades, ne départageant pas ceux-ci entre hommes et femmes. Or, on sait qu'il y a eu — là, c'est ma préoccupation personnelle à cet égard — beaucoup de recherches de faites, beaucoup d'analyses ici, au Québec et ailleurs, mais, je pense, au Québec en particulier, sur le comportement différent des hommes et des femmes vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis de la consommation de certains services et aussi des analyses, des études faites auprès ou à l'égard des professionnels de la santé qui ont parfois des attitudes aussi différentes à l'égard des maladies des femmes et des femmes qui se présentent pour des consultations, pour des services. Alors, j'aimerais ça vous entendre un petit peu plus longuement sur ces questions.

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

Mme Lavallée (Diane): C'est sûr qu'au départ, ce qu'on disait, pourquoi particulièrement l'assurance médicaments, comme toute la préoccupation des soins de santé, nous préoccupe particulièrement comme femmes à la fois parce qu'on est de très grandes utilisatrices des services de santé, tout comme la médication, et ne serait-ce que parce qu'on utilise... Ne serait-ce que pour la question de tout ce qui entoure la maternité et l'aspect... la gynécologie est un aspect qui permet une plus grande utilisation des services, et la longévité aussi des femmes fait en sorte qu'on est des très grandes utilisatrices. Bon.

● (11 h 20) ●

Il est clair aussi qu'il y a beaucoup de données que vous avez sûrement qui dénotaient à quel point les femmes sont souvent de très grandes consommatrices de médicaments puis qu'il y a sûrement eu une baisse de consommation avec l'avènement d'un meilleur contrôle qui, à notre avis, réfère davantage peut-être à une baisse, des fois, de la prescription, parce que je ne pense pas que les femmes surconsomment par plaisir. Il reste que les producteurs des services et les gens qui prescrivent la médication ont un rôle important à jouer quant à la diminution de la consommation de médicaments chez les femmes en particulier, tout comme chez les personnes âgées.

Donc, nous, on pense que tout le contexte de la médicalisation nous touche particulièrement. Et, de plus, on sait qu'il y a beaucoup de prestataires de l'assurance emploi tout comme de personnes âgées. Dans ce nombre, on retrouve majoritairement aussi des femmes — parce qu'elles ont un revenu souvent moindre — et âgées. Donc, par le taux de longévité qu'on a qui est supérieur, ça fait qu'on se retrouve en plus grand nombre, mais malheureusement pas toujours dans des situations financières reluisantes pour autant.

Et on dénotait même dans notre mémoire qu'il y a des écarts importants de revenus entre les hommes et les femmes à partir de 65 ans, un écart de revenus qui varie de près de 8 000 \$, ce qui illustre dans quelle situation souvent précaire, au niveau économique, les femmes se retrouvent et donc l'attention particulière qu'il faut avoir quand on regarde les coûts d'une assurance hospitalisation et l'impact que ça peut avoir pour les femmes en particulier.

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

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Est-ce que, selon vous, ça commanderait certaines modifications plus particulières qu'on devrait apporter pas nécessairement au régime lui-même d'assurance médicaments, mais dans tout ce qui l'entoure, soit des interventions auprès des prescripteurs, auprès des professionnels, dans le cas de la revue d'utilisation du médicament? Est-ce que vos constat vous amènent à faire des recommandations plus concrètes et précises à cet égard?

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

Mme Lavallée (Diane): À l'égard particulièrement des femmes, les recommandations qu'on a faites sont plus globales à l'égard du système de santé. Par contre, on souligne qu'il faut avoir une attention particulière pour les femmes parce qu'on décrit une situation de fait qui est différente et on pense que, dans le secteur de la santé tout comme dans les autres secteurs, l'analyse différenciée selon les sexes des besoins et des problèmes des hommes et des femmes doit être tenue en compte parce que ça appelle souvent une approche qui est différente. Et on

pense que, dans le secteur de la santé, notamment dans ce secteur-là, il faut aussi regarder de façon particulière l'approche globale des services de santé à offrir aux femmes.

Mme Marois: D'accord.

Mme Lavallée (Diane): Et je pense qu'il y a de la sensibilisation à faire auprès de l'ensemble des intervenants en santé, que ce soient les médecins qui, au premier chef, sont interpellés dans leur approche auprès des femmes...

Mme Marois: Médecins, d'ailleurs, qui seront de plus en plus femmes, n'est-ce pas?

Mme Lavallée (Diane): Oui, oui, ça change la figure de la médecine, d'ailleurs, et l'approche.

Mme Marois: Tout à fait, parce que d'abord elles sont plus nombreuses à être inscrites en médecine, en faculté de médecine, et on le voit apparaître actuellement dans la pratique. Remarquez que ça un sage effet sur la pratique, à mon point de vue. On pratique de moins longues heures et peut-être qu'on en vient à se préoccuper un peu plus et un peu mieux de la qualité de la vie, et ça vient influencer nos façons de fonctionner en société, nos façons de vivre en société.

Mme Lavallée (Diane): Effectivement, je pense que les femmes, dans tous les secteurs d'activité, que ce soit en médecine tout comme en politique, ont une vision plus globale, souvent, des situations et amènent donc des façons de faire différentes.

Mme Marois: Tout à fait. Mme la Présidente me soulignait que ça n'aide pas les pénuries, elle a tout à fait raison. C'est un facteur qui l'explique, d'ailleurs. On ne les culpabilise pas cependant que ça donne ça comme résultat, il faudra juste ajuster nos processus de planification, ce à quoi d'ailleurs nous travaillons.

Une question peut-être un petit peu plus pointue sur la révision des critères pour l'inscription sur la liste. Vous dites à la page 13 de votre mémoire que vous craignez que le critère valeur sociétale puisse être source de discrimination. Qu'est-ce que vous pensez, par ailleurs, du processus qui est suggéré dans le document sur les pistes de révision quant à l'élargissement des critères pour élaborer la liste? Alors, l'élargissement des critères, évidemment, où on parle de sécurité, d'efficacité, de rapport coût-efficacité, d'impact économique net et de valeurs sociétales qui seraient évidemment utilisés pour approuver ou non l'inscription de nouveaux médicaments, étant entendu aussi que, dans ce processus, on modifie la composition des membres du conseil qui seraient appelés à émettre leur avis. On parle de six membres scientifiques et six autres membres qui viendraient des milieux socio-économiques et académiques. Est-ce que, d'abord, un, sur la question des valeurs sociétales... Deux, est-ce que ça vous apparaît suffisant, ce processus que nous modifions

pour éviter toute forme de discrimination? Et, sinon, est-ce que vous auriez d'autres éléments à nous suggérer?

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

Mme Lavallée (Diane): Nous, on trouve intéressants les critères que vous avez mis de l'avant à travers lesquels on devrait évaluer toute la liste des médicaments à inscrire sur les listes. Et là où on se questionnait, c'était plus particulièrement sur les valeurs sociétales, qu'est-ce que ça comporte, et c'est là que ça peut amener, selon de quelle façon elles seront établies, la discrimination à l'égard soit du sexe, de l'âge, du milieu socioéconomique. C'est ce qu'on ne souhaiterait pas, et on avait des interrogations quant à l'introduction de valeurs sociétales à savoir est-ce que cette introduction-là n'amènerait pas des biais qui pourraient défavoriser certaines clientèles ou certaines classes d'individus. C'était plus à ce niveau-là qu'on avait de forts questionnements, et, pour ce qui est des autres critères, on souscrivait entièrement.

Mme Marois: D'accord. Et, pour ce qui est de la composition du nouveau comité, si tant est qu'on retenait...

Mme Lavallée (Diane): Oui, ça permet d'avoir des citoyens qui sont représentatifs, donc assez diversifiés, et souhaitons qu'on aura suffisamment de femmes présentes sur ces sièges-là.

Mme Marois: Vous savez, c'est une des préoccupations constantes de notre gouvernement. À chaque fois qu'on procède à des nominations ou lorsque nous avons la possibilité de décider du choix de représentants dans certains organismes, cette question est toujours soulevée, elle est même intégrée dans nos processus de décision, et l'information nous est toujours donnée lorsque nous avons à prendre de telles décisions. Je pense au Conseil des ministres, entre autres, où l'information nous est toujours donnée sur l'équilibre actuel et ce qui serait changé dans cet équilibre avec les nouvelles nominations, hommes-femmes. Donc, c'est un des éléments que nous avons toujours en tête à cet égard.

● (11 h 30) ●

Une autre question, encore celle-là un petit peu plus précise, la notion du dossier unique. Vous n'êtes pas les premières à le proposer, il y en a d'autres qui sont venus, dont beaucoup les professionnels de la santé, et je suis très intéressée par cette question. Vous recommandez que le ministère évalue la possibilité de créer un dossier unique où seraient consignés l'ensemble des médicaments utilisés par une personne, lequel pourrait être consulté par les médecins de même que par les pharmaciennes et pharmaciens. Avez-vous réfléchi, par ailleurs, ou avez-vous en tête des outils ou des méthodes qui permettraient l'accès et le suivi du dossier pharmacologique soit au plan technologique... On parle actuellement de cartes à puce, de fichier central, et est-ce que vous avez des positions quant

à l'utilisation de ces technologies en rapport, évidemment, avec tous les codes d'éthique et le respect de la vie privée?

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

Mme Lavallée (Diane): Nous, on pensait, on faisait référence un peu à l'expérience qui a été menée à Rimouski quant à la carte à puce, mais qui englobait bien au-delà que juste la consommation de médicaments des bénéficiaires. C'est un peu sur ce principe-là, s'assurer qu'il y ait une forme d'endroit unique où l'ensemble des informations quant à la consommation de médicaments d'un client soient vraisemblablement concentrées justement pour éviter la partie de surconsommation qui peut être due, des fois, à du magasinage ou des prescripteurs qui ne sont pas en lien pour savoir que les gens ont pu recevoir des prescriptions soit à l'hôpital, soit du CLSC ou bien même d'une clinique privée sur l'ensemble d'un territoire. Et, avec le virage ambulatoire, on pense que les risques sont peut-être plus grands aussi de surprescription due non pas à de mauvaises intentions, mais une méconnaissance ou une absence d'information quant à une utilisation de médicaments de bénéficiaires.

Ça fait qu'on pense que tout ça permettrait un meilleur suivi, un meilleur contrôle, peut-être éviter aussi de prescrire des médicaments qui seraient incohérents avec d'autres qui sont déjà pris. Et, bien sûr, ça devrait se faire avec la plus grande confidentialité, et je pense que, là, il faut interpeller les différents acteurs autour, que ce soient les pharmaciens... et bien sûr que ça devrait se faire avec l'autorisation de la personne concernée quant à l'accès à son dossier à l'égard de l'assurance médicaments. Je pense qu'il faut vraiment informer le grand public des objectifs visés par ça et s'assurer que ce soit limité, l'accès aux différents intervenants, que ça soit vraiment ceux qui ont besoin d'avoir ces informations-là, donc les médecins et les pharmaciens qui pourraient être les seuls à pouvoir utiliser les informations et avoir accès à ces informations-là.

Mme Marois: D'accord. Je vous remercie.

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

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Lavallée, pour votre présentation pour le Conseil du statut de la femme.

Dans votre mémoire, page 24, vous avez fait un chapitre sur les personnes de 65 ans et plus. Vous avez commencé le chapitre: «Comme on l'a vu, l'avènement du régime public d'assurance médicaments a rendu l'accès aux médicaments plus coûteux pour les personnes de 65 ans et plus.» Je ne lis pas votre chapitre, mais la recommandation attachée à ça, c'est «que des correctifs soient apportés au problème d'iniquité causé par la détermination des trois seuils de contribution annuelle dans le cas des personnes de 65 ans et plus». Je voudrais vous

entendre un peu plus sur l'iniquité et les pistes de solution que vous suggérez.

Mme Lavallée (Diane): Bien, même dans le rapport d'analyse il a été mentionné aussi qu'il y a vraiment... on a dénoté qu'il pouvait y avoir des iniquités parce que effectivement les personnes de 65 ans et plus, en fonction de leurs revenus, se voient augmenter le maximum de contribution maximale, qui peut aller de 200 \$, 500 \$ à 750 \$, et souvent des fois, pour un revenu supérieur à une centaine de dollars, elles versent dans la cotisation maximale. Et on pense qu'avec des revenus souvent similaires ces écarts-là, qui peuvent varier de 500 \$ à 750 \$, sont des sources d'iniquité.

Vous me direz que ce n'est peut-être pas beaucoup, mais pour des gens qui n'ont pas des revenus nécessairement très, très élevés, d'avoir à absorber les coûts de médication allant jusqu'à 250 \$ de plus par année, c'est à notre avis suffisamment important pour qu'on s'y attarde. Et on était heureuses de constater que ça avait fait quand même partie des observations et des réflexions qui sont menées dans le rapport qui nous a été soumis.

M. Williams: O.K. Merci.

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

M. Williams: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Ah, c'est bien, vous êtes alerte. Ha, ha, ha!

M. Williams: Ha, ha, ha! La ministre a questionné sur l'accès aux listes des médicaments. Vous avez parlé un peu des questions des prix, le prix de référence ou le prix le plus bas, le BAP plus 15, etc., mais effectivement, une des questions fort importantes, c'est l'accès même des médicaments sur la liste des médicaments. De plus en plus, ce gouvernement utilise la liste des médicaments d'exception comme une façon d'inscrire un médicament. Il y a, je pense, 76 médicaments sur cette liste, ce qui rend l'accessibilité plus difficile.

Et la ministre a essayé de nous convaincre que c'est très facile d'avoir l'accès à cette liste, mais de plus en plus il y a l'accès juste aux listes de médicaments d'exception. Mais aussi il y a les médicaments, comme ça existe pour l'Alzheimer, systématiquement refusés par le gouvernement. Et il me semble qu'on peut faire tout un long débat sur les prix, le système de paiement, prix le plus bas ou prix de référence, mais, si le médicament n'est pas sur la liste...

Je voudrais aller un peu plus loin sur la question de vous entendre encore plus sur l'accès des médicaments sur la liste. Parce qu'il me semble que vous avez parlé des problèmes pour les 65 ans et plus, sur la question de la contribution, mais, comme pour le médicament Aricept, pour l'Alzheimer, il n'y a pas accès parce que c'est systématiquement refusé d'avoir l'accès. Est-ce que nous

avons besoin d'aller plus loin et changer la façon dont on inscrit les médicaments sur la liste publique?

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

Mme Lavallée (Diane): O.K. On n'a pas nécessairement fait une analyse très approfondie de ça, mais par contre, quand on parle d'un régime qui devrait permettre aux gens d'avoir la médication tout comme les soins de santé que justifient leur état de santé, on pense que l'accès aux médicaments médicalement requis devrait être accessible à l'ensemble de la population. Et là on n'est pas rentrés, nous, dans les débats à savoir quel médicament devrait être sur une liste ou pas, mais on pense que, pour l'ensemble des soins dont ont à bénéficier les gens au Québec, il devrait y avoir un éventail de médicaments disponibles pour répondre à leur état de santé, ça, ça va de soi.

Et on a davantage axé notre mémoire sur la répartition des coûts. C'était, entre autres, un des objets prioritaires de la commission parlementaire et c'est dans ce sens-là qu'on vous a présenté la politique du médicament avec une politique du prix le plus bas. Et bien sûr ça fait référence au préalable qu'on devrait avoir une liste suffisamment importante pour répondre aux besoins de santé de la population effectivement.

Une voix: Merci.

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

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Mme Lavallée, dans le début de votre mémoire, vous avez soulevé toute la problématique avec le traitement de notre régime d'assurance médicaments en isolation. Autrement dit, il est certes, en tout cas je pense, assez facilement démontrable que l'utilisation accrue des médicaments, du traitement médicamenteux, a engendré des économies dans le système de santé ailleurs, que ce soit au niveau de l'hospitalisation, de la réadaptation, ainsi de suite. Et un peu plus tard vous semblez proposer un régime...

Bien, vous proposez le régime public essentiellement parce que vous reconnaissez que le traitement médicamenteux est un élément essentiel dans la santé de la population, mais avez-vous l'impression qu'un régime complètement public et universel coûterait moins cher? Parce que c'était la suggestion d'autres groupes avant vous, que peut-être à cause du fait qu'il existe des régimes privés qui ont une tendance à assurer des adhérents avec de moindres risques que le régime public... Mais est-ce que vous avez fait une évaluation, une étude, grugé un peu plus cette question d'un régime public? Est-ce que les coûts seraient moindres pour l'État québécois? Équivalents? Plus importants? Et ainsi de suite.

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

Mme Lavallée (Diane): Bien, nous, à partir du moment où on parle de régime public, qui selon nous devrait être regardé bien sûr dans l'ensemble du système de santé, qu'on parle d'assurance hospitalisation, d'assurance maladie ou de l'assurance médicaments, parce que ce sont toutes des composantes associées au maintien ou à la promotion de la santé, la prévention pour la santé de la population, on pense effectivement que oui il y a beaucoup de données qui démontrent qu'un système public amène un meilleur contrôle des coûts. Un système de santé public est beaucoup moins coûteux qu'un système privé, où là on peut voir que les coûts...

Quand on compare même aux États-Unis, notre système de santé est avantageusement comparable à d'autres systèmes qui nous entourent, justement parce que, en grande partie, il repose sur un système public où les coûts sont partagés et où surtout l'ensemble de la population, indépendamment de son état de revenus, peut avoir accès à des services de santé de qualité. Il n'y a personne au Québec qui est soustrait d'avoir accès à des services de santé, peu importe son état de santé, sous prétexte qu'il n'a pas les moyens de se le payer, contrairement à ailleurs. Donc on pense que le système public a de nombreux avantages, notamment celui d'amener un meilleur contrôle des coûts.

M. Copeman: O.K. Dans l'absence de l'établissement d'un régime public universel, vous faites une série de propositions, des modifications, j'imagine, plus à court terme, en reconnaissant que oui, c'est une piste qui est sur la table mais en tout cas qui est de moins en moins retenue — je vous donne cette interprétation de ma part — par le gouvernement. Dans une des modifications, vous parlez de financer le Fonds d'assurance médicaments par une prime uniforme et de continuer d'attribuer les coûts du régime pour les personnes âgées, les personnes à l'assistance emploi, du fonds consolidé.

Mais qu'est-ce que vous suggérez qu'on fasse avec la prime à laquelle les personnes âgées contribuent, qui est maintenant attribuée au Fonds d'assurance médicaments? Parce que, si on soustrait ces primes-là du Fonds d'assurance médicaments et si on affecte ce revenu-là au fonds consolidé, où sont les dépenses? Il y a des indications que la prime dans le Fonds d'assurance médicaments pour les seuls adhérents doit augmenter de beaucoup. Alors, est-ce que vous êtes entré dans ces détails-là?

● (11 h 40) ●

Mme Lavallée (Diane): Nous, ce qu'on suggérait, c'est que ce soit versé, les primes, au fonds consolidé, tout comme les dépenses aussi, pour que justement les coûts supposément plus élevés de cette clientèle-là, qui souvent sont des plus grands consommateurs, soient répartis plus équitablement par l'ensemble de la société québécoise.

Et dans le scénario 4 aussi ce qu'on privilégiait justement parce qu'il y avait la possibilité de maintenir l'assurance collective privée, c'est que des adhérents à ces régimes-là puissent bénéficier aussi d'avantages fiscaux justement pour réduire un peu leurs coûts quant à l'accès à l'assurance médicaments, parce que c'est souvent les

contribuables qui paient plus pour une utilisation des fois moindre.

Et on voudrait qu'il y ait un équilibre qui soit de toute façon amené. On pense que le système public est celui qui permet plus cet équilibre-là, cette égalité-là, mais à défaut de, compte tenu de l'industrie pharmaceutique et des conséquences que ça aurait pas sur l'industrie pharmaceutique mais sur l'industrie de l'assurance au Québec, si c'est un autre scénario qui est privilégié, on pense que le cap modifié, avec les modifications qu'on apporte, permettrait sensiblement d'atteindre les objectifs d'un système public.

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

Une voix: ...

M. Copeman: Oui, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, madame, je m'excuse, Mme Lepage.

Mme Lepage (Francine): C'est qu'à l'heure actuelle... Ce qu'on propose finalement, c'est que le Fonds d'assurance médicaments recevrait les primes de la part des adhérents comme si tout le monde pouvait les payer, mais il y aurait une aide fiscale pour aider ceux qui ne sont pas capables de la payer. Cette aide fiscale là serait versée au Fonds d'assurance médicaments. Donc, le Fonds d'assurance médicaments pourrait fonctionner comme une assurance sociale en ayant l'argent qu'il lui faut pour payer les coûts de médicaments de sa clientèle d'adhérents.

Par ailleurs, les adhérents à plus faibles revenus seraient aidés financièrement à payer leur prime parce que ce qu'ils ne réussiraient pas à payer par la prime serait versé par le fonds du revenu consolidé au régime d'assurance médicaments. On suggère aussi que, pour mettre plus d'équité dans le régime, une aide fiscale aussi, comparable, soit versée, soit donnée aux adhérents, aux assurés à faibles revenus des régimes collectifs privés. On pense à ce moment-là que ça mettrait plus d'équité dans le système.

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

M. Copeman: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ça termine pour... Merci infiniment pour votre participation.

Je demanderais sans plus tarder aux représentants de l'Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s, section Sherbrooke, de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Yvon Rousseau, de l'Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s de la section Sherbrooke, je vous salue, des gens de ma région. Ça fait toujours plaisir de recevoir des gens de sa région. Donc, c'est Mme Margot Lavoie qui vous accompagne à titre de présidente. M. Rousseau, responsable des communications, je vous cède la parole pour une période d'environ une quinzaine de minutes.

**Association québécoise de défense
des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s,
section Sherbrooke (AQDR)**

M. Rousseau (Yvon): Alors, mesdames, messieurs, acceptez d'abord nos meilleures salutations. Ça nous fait plaisir de venir vous rencontrer aujourd'hui, parce qu'on considère fort utile de faire connaître notre point de vue au moment où des virages importants s'effectuent.

Alors, la section de Sherbrooke de l'Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s s'oppose de toutes ses forces à tout projet d'augmentation du coût de l'assurance médicaments par le gouvernement du Québec. La ministre de la Santé, Mme Pauline Marois, doit tenir compte que les personnes âgées ont déjà subi de fortes hausses au niveau des coûts de l'assurance médicaments lors de la mise en place du régime d'État couvrant les frais des prescriptions.

En effet, avant la mise en marche par le gouvernement de l'assurance médicaments, les personnes âgées de 65 ans et plus, pour celles qui touchaient le supplément de revenu, c'était gratuit, les médicaments, et pour les autres, c'étaient 2 \$ par prescription. Déjà, ça a été une augmentation assez importante dès le départ.

Le gouvernement du Québec a fixé ses critères de contribution des citoyens à un niveau trop élevé à notre avis, hors de portée pour un grand nombre de personnes âgées qui se privent de médicaments qui leur sont prescrits parce qu'elles n'ont pas les moyens de se les offrir. Il faut que les gens fassent un choix entre bien se soigner, bien se nourrir et se loger convenablement. Et ça, c'est le lot de plusieurs — et je vais donner un peu plus loin les proportions.

La franchise fait que l'assuré doit payer le premier 25 \$ du coût des médicaments prescrits par un médecin, ou un dentiste, ou inscrits à la liste des médicaments une fois par période de trois mois. La coassurance oblige par ailleurs l'assuré à payer 25 % du coût des médicaments prescrits après avoir assumé les premiers 25 \$ de franchise.

Je veux souligner qu'en Ontario les frais de l'assurance médicaments ne dépassent pas 4 % du revenu du contribuable. Pourquoi le Québec ne fixe-t-il pas les mêmes limites à la contribution des assurés? On considère qu'il se réalise des millions et des millions de profits avec Loto-Québec et les casinos. On pense que cet argent-là devrait au moins servir à soulager la population d'une contribution trop onéreuse, et souvent rend le service inaccessible.

La ministre de la Santé ne doit pas oublier qu'une très forte proportion de personnes âgées vit sous le seuil de la pauvreté ou tout près de ce dernier. Mme Marois sait très bien que le mythe voulant que les aînés soient riches à craquer n'est pas fondé. L'AQDR, section de Sherbrooke, n'entend pas laisser le gouvernement réduire les personnes âgées à l'état de mendicité. C'est pourquoi l'organisme réagit vigoureusement au projet de Mme Marois et a pris la décision de se faire entendre lors des présentes audiences.

Mme Marois sait très bien que le déficit de l'assurance médicaments provient du fait que l'aide sociale ne paie plus les médicaments de ses bénéficiaires mais que c'est l'ensemble des assurés qui a hérité des frais. La facture est déjà assez élevée. Il est temps que le gouvernement investisse pour couvrir les frais de médicaments de ceux dont les faibles revenus les exemptent d'une contribution ou réduisent considérablement cette dernière.

D'ailleurs, quand on vous dit que le choix est difficile pour plusieurs personnes âgées, il faut citer que le rapport Tamblyn, fruit du travail des chercheurs de l'Université McGill, a fait l'effet d'une bombe en soulignant une hausse importante des cas d'hospitalisation, du nombre des décès, le tout accompagné d'un accroissement important des visites chez les médecins et dans les salles d'urgence.

La merveille de l'assurance médicaments dont les structures à notre avis ont été établies alors et sans une analyse appropriée a certes coûté des millions de dollars de plus au gouvernement. Pourquoi? Parce que les coûts trop élevés amenaient de multiples personnes à faibles revenus à se passer des médicaments qui leur étaient prescrits pour combler d'autres besoins jugés essentiels.

• (11 h 50) •

Les correctifs apportés au régime semblent avoir réglé le cas des plus démunis, particulièrement des bénéficiaires de l'aide sociale et des bénéficiaires du supplément de revenu garanti. Mais les autres, ceux qui occupent un emploi à temps partiel et comportant peu d'heures de travail par semaine, les personnes âgées qui touchent une maigre retraite et qui doivent couper dans leurs dépenses continuellement pour survivre, continuent d'être confrontés avec un choix aussi difficile que de déterminer s'ils doivent manger ou se soigner.

C'est le cas de plusieurs personnes âgées parce que leur revenu est insuffisant pour leur assurer un vieillissement dans la dignité. Ces revenus-là toutefois apparaissent au gouvernement assez importants pour leur rendre le supplément de revenu garanti inaccessible. Il est grand temps que le gouvernement du Québec cesse de piger dans les goussets de personnes démunies pour voler au secours des plus pauvres qu'eux. À ce rythme, plus des trois quarts des personnes de 65 ans et plus vivront dans la misère.

Mme Marois a-t-elle songé à réduire les coûts des médicaments en s'attaquant aux politiques qui permettent aux compagnies pharmaceutiques de maintenir des prix exagérément élevés? L'AQDR, section Sherbrooke, s'interroge également fort sérieusement sur le bien-fondé du partenariat entre les assureurs privés et le gouvernement.

Le Forum national sur la santé conclut qu'un régime entièrement public est plus efficace et plus équitable. Ce point ne semble pas avoir été considéré par Mme Marois. Le système public absorbe la clientèle la moins payante alors que les assureurs privés empochent les profits.

L'AQDR Sherbrooke soutient qu'il est grand temps de revoir au complet le régime d'assurance médicaments plutôt que d'opter pour la solution la plus facile et la plus désastreuse, soit de hausser tout simplement le coût de la contribution de tous les assurés.

Mme Marois, les moins bien nantis de la classe moyenne paient déjà trop; il faut chercher ailleurs. Je vous remercie de votre attention.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup, M. Rousseau, pour la présentation de votre mémoire. Mme la ministre, je vous cède la parole.

Mme Marois: Merci, Mme la Présidente. Alors, bonjour à vous deux. Je vous remercie d'avoir pris la peine de venir nous présenter votre point de vue. Je vais d'abord vous poser une première question, puis après ça je partagerai avec vous quelques commentaires et je reviendrai sur d'autres questions.

Peut-être un premier commentaire. C'est vrai que c'est la classe moyenne qui, dans tous les États du monde d'ailleurs, est celle qui contribue le plus par ses impôts à payer les services qui sont offerts aux citoyens, par l'intermédiaire évidemment de l'État. Et ça, c'est normal, parce qu'elle est, dans tous les pays du monde, la classe la plus nombreuse; alors, c'est normal qu'étant la classe la plus nombreuse elle soit aussi la plus importante à contribuer en ce sens-là. C'est pour ça qu'on a essayé, dans le dernier budget d'ailleurs, de l'exempter un peu de ce lourd fardeau. Parce qu'on sait que c'est un lourd fardeau, et ça, je pense qu'on est tous conscients les uns les autres de cette situation.

Bon. Une première question: Est-ce que vous êtes d'accord, peu importe l'âge que l'on a, si on a un bon revenu, que l'on contribue à un régime d'assurance médicaments, qu'on participe selon la hauteur de son revenu et peu importe qu'on ait 20 ans, 40 ans, 60 ans, 70 ans ou 100 ans?

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

M. Rousseau (Yvon): Bien, c'est bien sûr qu'il ne faut pas que la contribution demandée vienne saper dans les revenus des sommes d'argent disponibles et nécessaires pour assurer un vécu respectable pour ces personnes. Je ne crois pas que les gens, les personnes âgées, soient aussi riches que tout le monde semble le croire. C'est seulement 5 % de la population... en tout cas dans notre groupe à l'AQDR on a quelque 1 000 membres en Estrie, en AQDR, et c'est seulement 5 % des personnes qui ont un revenu dépassant 40 000 \$ par année.

Alors, 40 000 \$, ce n'est déjà pas trop élevé; et, à 30 000 \$, on considère que les gens sont juste sur la

ligne, surtout que la plupart des retraités disposent d'une pension pour deux personnes. Ça, il faut aussi en tenir compte, que c'est une situation qu'on vit. Parce que la femme, à l'époque où on avait des enfants, dans notre groupe d'âge, restait à la maison pour s'occuper des enfants. Aujourd'hui, elle est pénalisée en retirant, par exemple, un régime des rentes de 60 \$ par mois. Ce n'est pas ça qui arrondit le budget de la famille sûrement. Alors, moi, je pense qu'on ne tient pas suffisamment compte de la capacité de payer des gens.

Mme Marois: Alors, je repose ma question. Je comprends très bien votre point de vue, et vous avez tout à fait raison. Les femmes n'étaient pas sur marché du travail ou l'ont été pendant des courtes périodes et, donc, quand elles arrivent à la retraite, elles ont un petit revenu de retraite, pour ne pas dire qu'elles n'en ont pas du tout. Parce qu'un bon nombre des femmes de la génération que vous représentez n'ont pas été sur le marché du travail et donc n'ont pas eu de rémunération permettant d'économiser par le régime de rentes un petit peu de sous pour la retraite. Je suis tout à fait d'accord avec vous, et ça correspond à la réalité des gens que vous représentez.

Mais oublions cette situation-là et mettons-nous dans une situation plus théorique, plus générale. Prenons un exemple. Si quelqu'un à 70 ans a un revenu de 50 000 \$ par année, est-ce que vous considérez qu'il devrait contribuer au régime comme n'importe quel citoyen compte tenu qu'il a ce revenu-là à la même hauteur que le citoyen qui a 40 ans et qui a le même revenu?

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

M. Rousseau (Yvon): Oui, définitivement.

Mme Marois: D'accord.

M. Rousseau (Yvon): Chacun doit faire sa part. Ça ne doit pas être seulement les gens sur le marché du travail qui doivent contribuer.

Mme Marois: Bon. Ça, pour...

M. Rousseau (Yvon): Mais...

Mme Marois: Oui, allez-y.

M. Rousseau (Yvon): ...moi, je parle de préserver l'essentiel du viable pour s'assurer d'une vie acceptable et potable.

Mme Marois: Bon. Alors, ça va. Et ça, c'est important parce que je pense que, ça... Pour moi, c'est un principe fondamental, à partir du moment où on obtient un service et qu'on a un revenu et qu'on instaure un régime d'assurance pour couvrir ce service-là — dans le cas présent, c'est l'assurance médicaments — c'est normal que, si nos revenus sont bons, peu importe l'âge qu'on a,

on puisse contribuer en fonction de cela. Bon, première chose.

La deuxième. Vous dites qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui ont des difficultés en termes de ressources financières, et c'est tout à fait vrai, on en convient, pour toutes sortes de raisons, parce qu'elles ont justement été sur le marché du travail à un moment où les revenus étaient peu élevés, les pensions dans les régimes privés ne sont parfois pas indexées. Alors, toutes ces questions-là font que les revenus d'un bon nombre de personnes âgées sont moins bons.

Mais il y a quelque chose qui est rassurant quand même. Ce qu'on peut constater, c'est que, depuis le début des années quatre-vingt jusqu'à maintenant, il y a eu une nette amélioration du revenu des personnes âgées de plus de 65 ans, parce que justement arrivent à 65 ans des gens maintenant qui ont été sur le marché du travail pendant une longue partie de leur vie, ont participé à des régimes intéressants au plan de la retraite et donc se retrouvent à la retraite avec des revenus assez confortables, ou en tout cas plus confortables que ceux que bien d'autres ont eus dans le passé. Donc, ce qui est rassurant, c'est que ça s'améliore. Et ça, je pense qu'il faut être capable de se le dire, parce que sans ça on se dit: Est-ce qu'on ne risque pas de rester toujours dans cette situation difficile?

• (12 heures) •

Deuxième petit commentaire, puis je vais venir ensuite avec une question, là, sur les compagnies pharmaceutiques. Actuellement, si on prend l'année 1998-1999, la contribution des personnes âgées a été au régime à hauteur de 189,9 millions. Bon, faisons un chiffre rond, 190 millions. Par ailleurs, les bénéficiaires retirés du régime... c'est-à-dire que le coût des médicaments que ces personnes ont consommés est plutôt de 561 millions de dollars, ce qui veut dire qu'elles ont eu un gain net très important. Et c'est normal, et j'espère que ça continuera d'être comme ça, parce que c'est aussi pour les personnes qui ont le plus besoin de médicaments qu'on l'a fait, hein. Donc, les personnes âgées ont payé moins, quand même, que ce qu'elles ont reçu en services, et elles ont reçu beaucoup plus en services de médicaments que ce qu'elles ont effectivement contribué. Mais c'est un changement par rapport à ce qu'on avait vécu dans le passé, où on demandait une somme de 2 \$ par ordonnance et où il n'y avait pas de contribution aux médicaments. Alors là, comme on demande une contribution, c'est évident que vous devez contribuer davantage.

Dans votre petit mémoire, qui est fort intéressant, très critique — mais c'est correct, ça fait partie des règles du jeu — vous suggérez au gouvernement de modifier les politiques qui permettent aux compagnies pharmaceutiques de maintenir des prix qui sont exagérément élevés. Est-ce que vous avez pensé un petit peu à la façon dont on pourrait faire ça?

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

Mme Lavoie (Margot): Est-ce que j'ai le droit?

Mme Marois: Bien sûr, avec plaisir, à part ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, oui, vous avez le droit, mais oui. La parole est à vous, Mme Lavoie.

Mme Lavoie (Margot): Non, je pense qu'on n'a pas réfléchi à comment ça pourrait se faire. On note ça, ça nous est souligné. Comment ça se ferait? Je ne le sais pas. Je pense que le gouvernement présentement s'oriente vers une politique de défrayer le médicament le moins coûteux.

Mme Marois: C'est une des hypothèses qu'on a.

Mme Lavoie (Margot): C'est une des hypothèses. C'est une hypothèse qui ne nous plaît pas non plus, parce que le médicament le moins coûteux n'est peut-être pas le médicament le plus approprié dans le cas des personnes. Alors, ça contribue à ce qui est rendu, je pense, une façon de parler, de la médecine à deux vitesses. Alors, les riches auront le meilleur médicament et les plus pauvres le moins bon. Il y a cet aspect-là. Est-ce que je peux souligner une autre chose que j'aimerais apporter aussi?

Mme Marois: Bien sûr, bien sûr.

Mme Lavoie (Margot): C'est que l'AQDR déplore également le fait que certains médicaments ne sont pas du tout admissibles au régime d'assurance médicaments. Et là je vais citer un exemple parce que je le connais très bien, dans les cas... Le seul médicament susceptible de freiner l'avancement de la maladie d'Alzheimer, qui est très dispendieux, n'est pas défrayé par l'assurance médicaments. Alors, qu'est-ce qui arrive? Les personnes atteintes se détériorent plus vite, entrent en soins de longue durée plus vite, et ça, c'est une faille importante, je pense, dans le régime d'assurance médicaments. La solution, bien, je pense qu'on la remet entre les mains des politiciens et des financiers. On n'a pas de solution encore, je pense qu'elle vous appartient. Mais je pense que c'est des pistes de réflexion.

Et, quand on vous parle de la pauvreté des personnes âgées... Vous disiez que la classe moyenne est la plus nombreuse, mais là je pense que bientôt on va déplorer que la classe pauvre est la plus nombreuse parce que de plus en plus de gens de la classe moyenne tombent dans la classe pauvre, et rapidement. Alors, quand on vous parle de notre clientèle à l'AQDR, c'est 30 % des personnes qui vivent avec un revenu sous le seuil de la pauvreté ou légèrement supérieur, puis ça, quand c'est légèrement supérieur, bien ça ne sert qu'à limiter ce qu'ils peuvent aller chercher gratuitement, donc ils n'ont pas plus d'argent.

Mme Marois: Bon. Je vais revenir sur une remarque, c'est-à-dire une demande, dans le fond, que vous faites sur la question d'un médicament qui améliorerait d'une façon particulière la situation des personnes souffrant d'Alzheimer, et je pense qu'on fait

référence entre autres à l'Aricept. Ce que je peux vous dire...

Mme Lavoie (Margot): Bien, je ne nomme pas de médicament.

Mme Marois: Non, je comprends, parce qu'il y en a un bon nombre, pour ne pas dire des milliers qui existent, et, moi-même, je suis obligée à chaque fois d'aller fouiller dans mes notes pour retrouver les noms. Alors, rassurez-vous. Mais il s'agit, dans le cas présent, de l'Aricept. Et je peux vous dire qu'il devrait normalement être inscrit sur la liste d'avril, parce que, à tous les quatre mois, nous révisons la liste... C'est tous les trois mois ou tous les...

Une voix: Tous les trois mois.

Mme Marois: Trois mois. Excusez-moi. Quatre fois par année, à tous les trois mois, nous révisons la liste de médicaments, puis, si jamais il arrive que de nouveaux médicaments sont recommandés, on peut les inscrire. Et, dans le cas de l'Aricept, je pense qu'il y aura un léger retard parce qu'on prévoit que ce sera plutôt le 15 avril que ce médicament sera inscrit.

Je veux revenir sur la question du prix le plus bas. Vous comprenez bien que notre objectif, c'est d'essayer de continuer d'offrir les meilleurs services, les meilleurs médicaments possible au plus grand nombre de gens possible compte tenu de leur maladie et de leurs problèmes et que ça coûte le moins cher possible. Je pense qu'on partage cet objectif-là, on est d'accord, parce que, si ça nous coûte plus cher, bien, ou on paie plus d'impôts ou on demande aux gens de contribuer plus au niveau de l'assurance. C'est le dilemme dans lequel on est, hein. Rien ne se perd, rien ne se crée.

Quand vous dites: On a des problèmes avec le prix le plus bas... Pourquoi on a proposé ça comme hypothèse de travail? Hein, il n'y a pas de décision de prise, c'est une hypothèse de travail. Pourquoi on a proposé ça? Pour essayer de réduire les coûts. Mais notre objectif cependant, c'est de nous assurer qu'une personne qui aurait un problème particulier et à qui le médicament au prix le plus bas ne conviendrait pas, elle pourrait se voir prescrire un médicament beaucoup plus coûteux, et l'assurance médicalement le paierait si le médecin confirme que ce médicament est nécessaire dans le cas présent plutôt que l'autre médicament qui ne convient pas.

Alors, dans ce sens-là, l'autre aspect du prix le plus bas, c'est que notre Conseil consultatif de pharmacologie devrait évaluer la qualité thérapeutique aussi du médicament, pas seulement le prix le plus bas. Parce que dire: Bon, bien, c'est celui-là qu'on paie, merci beaucoup, on oublie le reste... Mais vraiment, on va payer le prix le plus bas en autant qu'il donne les mêmes résultats au plan thérapeutique. Et, si les autres médicaments beaucoup plus chers ajoutent des aspects très positifs pour des personnes en particulier, oui, on pourrait y aller. Donc, il y aurait des mécanismes de correction parce que, vous avez raison,

sans ça, là, on ferait de la médecine à deux vitesses, et ça, ça n'a pas de bon sens, si on veut.

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

Mme Lavoie (Margot): Alors, ça, ça répond à l'inquiétude que j'avais, je l'avais noté, que le critère prix ne devrait pas être le barème que vous fixez, que le prix ne devrait pas être le seul, qu'on tienne compte de la personne avant.

Mme Marois: C'est ça. Vous avez tout à fait raison, c'est évident qu'il faut tenir compte de ça. Vous vouliez ajouter quelque chose, monsieur?

M. Rousseau (Yvon): Il y a également le temps nécessaire pour qu'un médicament soit reconnu sur les listes, à un moment donné.

Mme Marois: Oui.

M. Rousseau (Yvon): Il y a des découvertes continues qui se font au niveau de la recherche, et, nous, en tout cas, on est très sensibilisés au fait qu'il faudrait qu'au moins les usagers de l'assurance médicaments du Québec puissent aussi profiter de ces découvertes-là dans un délai raisonnable plutôt que d'avoir à attendre un grand moment avant que ce soit sur les listes et payables, remboursables par le gouvernement.

Mme Marois: Oui. Mais je vous rassure sur ça...

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

Mme Marois: Est-ce qu'il nous reste un petit peu de temps?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est terminé, Mme la ministre.

Mme Marois: C'est terminé. En tout cas, je vous rassure quand même sur ça. On est l'endroit, à travers le Canada, où on inscrit le plus rapidement les nouveaux médicaments sur les listes, et on le fait, comme je vous dis, quatre fois par année. Sauf qu'à chaque fois qu'on en inscrit un s'il est très cher, ça augmente le coût de notre régime, hein. Mme la Présidente me dit que mon temps est terminé, j'irai vous saluer. Merci beaucoup pour votre contribution.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Avant de céder la parole aux collègues, j'aimerais poser une question également. On est parti bien sûr de la gratuité pour plusieurs et à 2 \$ pour les autres, et ça a été quand même significatif. Il y a eu tout un bouleversement, à un moment donné, lorsqu'on a fait l'implantation du régime, et par la suite le gouvernement

a apporté certains correctifs pour aider justement la prise des médicaments.

Parmi les membres que vous avez actuellement, est-ce qu'il y a encore des gens, des personnes qui se privent de prendre des médicaments ou qui se privent de manger pour prendre des médicaments? Vous attribuez ça à peu près à quel pourcentage parmi vos 1 000 membres, actuellement, dans l'Estrie? M. Rousseau ou Mme Lavoie. Mme Lavoie.

M. Lavoie (Margot): Je pense que c'est très difficile de vous donner une réponse précise en termes de chiffres absolus ou de pourcentages. Il y a Info-3e âge, où les gens appellent, à Sherbrooke, beaucoup de personnes nous disent: Je ne peux pas m'en acheter. D'autres ne le disent pas, mais ils sont hospitalisés, et on sait par la suite que c'est parce qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments. Donc, je pense que c'est très difficile d'arriver avec des statistiques là-dessus. Il y a aussi une certaine pudeur, là, pour les gens, de dire: Je suis trop pauvre pour payer des médicaments. Alors, c'est très difficile.

● (12 h 10) ●

M. Rousseau (Yvon): Il y a également beaucoup de cas qui nous sont référés par Info-3e âge, qui s'occupe de recevoir les appels des gens qui éprouvent une certaine forme de détresse à un niveau ou à l'autre. Il y en a qui communiquent. Et on sait que c'est une pratique quand même existante dans un certain nombre de cas. Je ne dis pas que c'est tout le monde, mais dans un certain nombre de cas, il y en a qui se privent des médicaments parce qu'ils n'ont pas le montant nécessaire à verser pour le 25 % du coût, etc.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ça signifie que, même avec les correctifs apportés par le gouvernement, pour une certaine catégorie de personnes, ce n'est pas encore suffisant. Donc, il faudrait quand même éviter tout à fait l'augmentation de prime pour ces personnes-là.

Des voix: Oui.

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

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci beaucoup, M. Rousseau et Mme Lavoie, pour votre présentation pour l'Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s, section Sherbrooke, et félicitations pour votre travail pendant toute l'année.

Je voudrais juste m'assurer que tout le monde a bel et bien entendu la ministre aujourd'hui. Et je voudrais vous féliciter de forcer le gouvernement à finalement se prononcer sur l'inscription ou la non-inscription sur la liste régulière et pas la liste des exceptions d'Aricept, qui est le seul médicament pour l'Alzheimer.

Mme Marois: Pardon, Mme la Présidente. C'est sur la liste d'exceptions, Aricept.

M. Williams: Voilà, on apprend une autre chose aujourd'hui.

Mme Marois: Oui. Bien, il n'était pas du tout sur la liste. Et c'est une maladie particulière. Et je pense que vous contribuez, quand vous dites des choses comme ça, à faire augmenter les coûts du régime.

M. Williams: En tout cas, Mme la ministre a finalement au moins une moitié entendu les milliers et les milliers de personnes qui ont demandé pour ça, parce que le gouvernement a systématiquement refusé d'inscrire ce médicament, le seul médicament pour ceux et celles qui souffrent d'Alzheimer. Le gouvernement, je voudrais dire que de plus en plus il utilise la liste des médicaments d'exception pour introduire un médicament, et, moi, je pense que ce n'est pas une bonne façon. Mais nous allons continuer ce débat plus tard. J'espère qu'effectivement enfin ça va être annoncé pas plus tard que le 15 avril.

Je ne suis pas du même point de vue que la ministre, et je veux juste vous entendre un peu sur ça, que la ministre prend pour acquis qu'on doit participer financièrement dans ce programme. Dans notre système de santé, nous sommes très fiers que ce soit public, c'est universel pour tout le monde. On fait tout un débat: Est-ce qu'il y a un système à deux vitesses? De plus en plus, on utilise les médicaments comme intervention médicale, de soins, mais on prend comme acquis qu'on doit payer. Je voudrais vous entendre un peu plus. Votre Association privilégie un régime public universel gratuit ou avec une participation financière? Je voudrais vous entendre sur ça.

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

Mme Lavoie (Margot): Mon Dieu! Vas-y donc.

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

(Consultation)

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

Mme Lavoie (Margot): Bon. Je vais vous dire quelque chose. C'est un mythe que les personnes âgées sont riches. Ce qui n'est pas un mythe: c'est vrai qu'elles entendent mal, des fois. Est-ce que vous nous répéteriez votre question?

M. Williams: Privilégiez-vous... Un, je suis d'accord avec vous que pas toutes les personnes âgées, très, très, sont riches. Je sais que le gouvernement pense ça, et ce n'est pas vrai. Je suis 100 % d'accord avec vous.

Mme Marois: Le gouvernement ne pense pas ça, M. le député.

M. Williams: Je suis convaincu que c'est ça qu'ils pensent, leur comportement démontre ça. Je voudrais juste savoir: Est-ce que l'Association privilégie un système universel gratuit public, sans participation financière des participants, des contribuables?

Mme Lavoie (Margot): Bon. On ne s'est pas arrêté sur la question, sauf qu'on a soulevé un point tout à l'heure disant qu'il y a des recherches qui démontrent qu'un système unique, universel et pas... Est-ce que je...

M. Rousseau (Yvon): En fait, c'est cité, parce qu'on en parle là-dedans. C'est que c'est plus efficace si c'est seulement un système public plutôt que d'avoir un partage avec les assureurs privés. Ça fait aussi, à mon sens, plus équitable au plan de l'accessibilité aux médicaments, parce que le régime public, en couvrant uniquement tout le monde, à être l'unique couvreur pour tout le monde au plan des médicaments, par exemple, les revenus étant plus considérables, pourra se permettre d'y insérer plus facilement les médicaments plus nouveaux, les nouveautés sur le marché. C'est ce qu'on croit.

Mais, quand on considère les chiffres, on dit que les assureurs privés paient en réclamations 600 millions par année, alors que l'assurance médicaments, le régime d'État doit rembourser 1,4 milliards, selon les chiffres qui nous ont été fournis. Alors, on se dit: Est-ce que c'est un système qui fait que les assureurs privés ont plus d'accès aux profits puis nous autres, avec notre régime public, on absorbe les pertes?

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

M. Copeman: Merci beaucoup, Mme la Présidente, et merci à l'AQDR. Je représente un comté dans la région de Montréal qui a une forte proportion de personnes âgées, comparativement à l'ensemble de la population. Selon les dernières statistiques, le comté de Notre-Dame-de-Grâce a la deuxième plus importante proportion de personnes âgées parmi tous les comtés du Québec. Alors, je suis très sensible aux problématiques que vous soulevez.

Entre autres, j'ai, depuis plusieurs années maintenant, complété la déclaration d'impôts d'un membre de ma famille âgé dans ses quatre-vingtaines et qui a généralement des revenus autour de 16 000 \$, toutes ses sources de revenus, toutes confondues. Et évidemment, l'année où le régime est entré en vigueur, comparativement au système antérieur... Dans le système antérieur — c'est quelqu'un qui, malheureusement, était obligé de prendre beaucoup de médicaments — cette personne payait le 2 \$ par ordonnance jusqu'à un maximum de 100 \$. Alors, cette personne défrayait le 100 \$. L'année d'après, immédiatement avec l'installation du régime, cette contribution a augmenté de 100 \$ à 900 \$ parce que, à 16 000 \$, cette personne était obligée de payer la pleine prime, la coassurance et la franchise jusqu'à un maximum de 750 \$. Ça donnait qu'elle consommait jusqu'à 725 \$,

un peu moins que le maximum, mais très près du maximum. Alors, ça donnait 900 \$. Alors, dans une année simple, elle a passé de 100 \$ à 900 \$, avec des revenus de 16 000 \$. Ce n'est pas vrai qu'elle est en train de crever de faim, mais je peux vous dire qu'elle a été obligée de faire des choix un peu déchirants quant à son style de vie, son rythme de vie, on dirait en anglais son «lifestyle». Et ça m'apparaît problématique, dans une société comme la nôtre, avec les richesses qu'on a comme société, qu'on soit obligé de dire à ces catégories de personnes avec des revenus fixes très limités: Vous êtes obligées de passer à une contribution neuf fois plus importante d'une année à l'autre. Alors, je voulais dire que je partage beaucoup cette préoccupation.

Et j'avais peut-être un autre commentaire général. Quand vous parlez du prix des médicaments, et je suis loin d'être le défenseur des compagnies pharmaceutiques, mais ma compréhension des choses, c'est qu'au Canada on a déjà un système d'évaluation, d'examen des prix des médicaments brevetés. Il y a un comité d'examen qui existe, qui, d'une façon, maintient un prix qu'on pourrait qualifier de raisonnable sur les prix du médicament. Et la preuve de ça, en partie, c'est que vos voisins au Sud, dans l'État du Vermont, sont venus à plusieurs reprises, organisé par un membre du Congrès américain, acheter des médicaments au Québec parce que ça leur coûte moins cher, même en escomptant le taux d'échange qu'on connaît.

• (12 h 20) •

Alors, l'expansion des coûts est là; il faudrait composer avec. Est-ce que c'est parce que le prix des médicaments est trop élevé? C'est un point de vue, c'est une discussion qu'on peut avoir. Est-ce que c'est l'accroissement normal, dans une approche qui devient de plus en plus une approche médicamenteuse versus des interventions chirurgicales? Alors, je voulais simplement signaler que je partage beaucoup vos préoccupations. Et nous allons tenter de convaincre le gouvernement de ne pas augmenter les primes parce qu'on est conscients que la capacité de payer des gens qui sont sur des revenus fixes est très, très limitée et a été mise à l'épreuve depuis un certain nombre d'années.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Lavoie, vous voulez réagir?

Mme Lavoie (Margot): J'ai un droit de réponse? Oui. J'aimerais ça relever une chose que vous avez dite, monsieur. Dans notre présentation, on a parlé des gens qui se privaient de nourriture pour acheter des médicaments. On est allés au plus dramatique, si je peux dire, entre guillemets. Mais maintenant, on n'a pas parlé des gens à peu près de 16 000 \$, entre 12 000 \$ et 16 000 \$ par année, dont la qualité de vie est très diminuée par l'augmentation. Parce que, avoir faim, c'est bien terrible, mais ne pouvoir rien faire parce qu'il n'y a plus d'argent, c'est aussi dramatique.

La détresse psychologique des gens est très grande. Et ça, je peux en parler à cause de notre programme Info-3e âge, que Mme Gagnon-Tremblay connaît peut-être. On

reçoit des appels de détresse. Ce n'est pas des gens qui ont faim, mais c'est des gens qui souffrent beaucoup de solitude, il y a un grand vide dans leur vie. Et pourquoi? Elles ne peuvent même pas se payer la carte d'autobus mensuelle. Ça aussi, c'est dramatique. Et cette détresse-là, je pense qu'il faut en tenir compte. Mais, quand on fait des choses comme ça, bien, on va encore au plus bas. J'ai aimé que vous souligniez ça, monsieur.

M. Copeman: Merci, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Écoutez, on vous remercie infiniment pour vos commentaires, votre présentation. Je pense que vous nous indiquez des choses qui sont essentielles et qu'on doit prendre en compte. Je suis persuadée que la ministre et que les membres de la commission, vos commentaires vont alimenter leur réflexion. Je vous remercie. Je vous souhaite un bon voyage de retour.

Je suspends les travaux de la commission à 15 h 30.

(Suspension de la séance à 12 h 23)

(Reprise à 15 h 32)

Le Président (M. Beaumier): La commission reprend ses travaux. Alors, nous avons le privilège de recevoir la Coalition sur l'assurance-médicaments. Bonjour. Et je demanderais aux personnes de se présenter. Ensuite, il y aura un 15 minutes pour votre présentation et ensuite des échanges, là, avec les membres de la commission, d'un côté comme de l'autre.

Coalition sur l'assurance-médicaments

Mme Auchinleck (Jennifer): O.K. C'est moi qui vais présenter les membres de la Coalition qui sont ici aujourd'hui.

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

Mme Auchinleck (Jennifer): Moi, je m'appelle Jennifer Auchinleck et je travaille au Projet Genèse, un groupe communautaire à Côte-des-Neiges. Ici, on a Mme Ann Gagnon, qui est présidente de l'Alliance des associations de retraités et d'ainés du Québec; il y a ici Yvon Barbeau, qui représente le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec; on a M. Luc Vigneault, qui représente l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec; et aussi M. Kevin Boire, qui représente le groupe Projet PAL, une ressource en santé mentale de Montréal.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Alors, allons-y. Alors, M. Barbeau.

M. Barbeau (Yvon): La Coalition sur l'assurance-médicaments a été mise sur pied en juillet 1996, un mois avant l'entrée en vigueur de la loi n° 33. Notre comité de coordination regroupe l'Alliance des associations de retraités et d'ainés du Québec, regroupant 28 groupes; l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, regroupant 39 groupes; l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités et préretraités; la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles; le Projet Genèse, un groupe anti-pauvreté de Montréal; le Projet PAL, une ressource en santé mentale; et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, regroupant 113 groupes.

Nous sommes appuyés par plus de 200 groupes communautaires, regroupements, fédérations et associations professionnelles à travers le Québec. Vous avez la liste en annexe. Nos interventions depuis 1996 sont fondées sur notre expérience quotidienne de travail auprès de nos membres, des personnes âgées, des personnes assistées sociales, des personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'autres personnes à faibles revenus. Nous voyons au jour le jour l'impact du régime d'assurance médicaments sur le terrain. Nous jugeons essentiel que cette commission parlementaire reconnaisse les problèmes majeurs du régime d'assurance médicaments et agisse pour assurer qu'ils soient résolus. Je vais laisser la parole à Jennifer Auchinleck.

Mme Auchinleck (Jennifer): Bon. Moi, je vais juste dire que pour nous, d'abord et avant tout, un régime d'assurance médicaments est une politique de santé et un programme social. Et pour nous, la priorité de cette commission doit être de rechercher tous les moyens à mettre en place afin de réellement prioriser la santé et d'assurer à tous les Québécois et Québécoises l'accès aux médicaments dont ils et elles ont besoin.

C'est sûr que, nous, on est d'accord que la mise sur pied du régime d'assurance médicaments est positive pour la société québécoise dans deux domaines. De un, il y a la gratuité des médicaments pour les enfants et les étudiants et il y a aussi l'élargissement de la couverture au 1,5 million de personnes qui n'avaient pas de couverture avant. Ce sont, d'après nous, d'excellents pas en avant. Cependant, pour nous il y a des problèmes majeurs avec le régime d'assurance médicaments. Afin de régler l'ensemble des problèmes que nous voyons, nous revendiquons, depuis plusieurs années, trois choses.

Premièrement, la révision immédiate du régime de façon à assurer la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant en dessous du seuil de faible revenu, tel que défini par Statistique Canada, donc ça veut dire 17 771 \$ en milieu en urbain. Notre deuxième revendication est le développement d'une politique globale sur les médicaments. Cette politique doit cibler et la pratique médicale et revoir le rôle des grandes compagnies pharmaceutiques dans l'établissement du coût des médicaments. Et la troisième revendication pour nous est l'intégration complète des médicaments dans le système

de santé public, c'est-à-dire la mise sur pied d'un régime à 100 % public.

Pour expliquer un peu les revendications que nous avons, commençons par la première, la gratuité pour les personnes à faibles revenus. En 1996, nous avons prédit que l'abolition de la gratuité ou la quasi-gratuité des médicaments pour les personnes assistées sociales et les personnes âgées aurait un effet néfaste. Malheureusement, nous sommes ici presque quatre ans plus tard, parce que nous avons vu juste. Malgré les bonifications qui ont été apportées au régime en octobre dernier, c'est-à-dire le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes assistées sociales dans la catégorie soutien financier, il y a des centaines de milliers de Québécois et de Québécoises à faibles revenus qui n'ont toujours pas les moyens de payer leurs médicaments. Pour nous, les problèmes de ces personnes devraient être prioritaires pour cette commission et nous déplorons le fait que le gouvernement a choisi d'ignorer cette situation dans son évaluation du régime et dans les pistes de solution qui ont été proposées.

Comment est-ce que nous savons que la situation demeure si sérieuse que ça? Comment est-ce qu'on sait que c'est toujours ça, la situation? De un, nous voyons à chaque jour dans nos groupes les personnes qui doivent revoir leurs priorités, les personnes qui choisissent entre les médicaments, la nourriture, payer le compte d'Hydro, payer le chauffage, etc. On se fait souvent poser la question: Lequel de mes médicaments puis-je laisser tomber? Nous voyons des personnes qui sont malades, des personnes qui sont hospitalisées, des personnes qui sont admises en centre d'hébergement en conséquence et nous avons inclus quelques exemples de ces personnes dans le mémoire que nous vous avons soumis. Il y a quelques personnes qui sont venues avec nous, des personnes, par exemple, assistées sociales mais qui ne sont pas dans la catégorie soutien financier, qui ne peuvent toujours pas payer les médicaments. Pour nous, il est également clair qu'on sait qu'il y a toujours un problème par le fait qu'il y a toujours des organismes, des groupes communautaires qui ont mis sur pied des fonds d'aide financière pour aider les gens à payer les médicaments et, pour nous, s'il n'y a pas de problème comme on prétend dans le rapport d'évaluation déposé au mois de décembre, s'il n'y a pas de problème, pourquoi est-ce que ces fonds continuent à exister? Un exemple concret: Jeunesse au soleil, à Montréal, où il y a 1 400 personnes âgées qui reçoivent une assistance financière. Il y a 300 personnes sur la liste d'attente.

Pour nous, il est aussi essentiel qu'on regarde le rapport Tamblyn qu'on va regarder juste rapidement maintenant. Comme vous le savez, ce rapport conclut que l'abolition de la gratuité des médicaments a provoqué 1 946 ce qu'on a appelé des événements indésirables, c'est-à-dire les hospitalisations, les institutionnalisations et les décès, 16 092 visites médicales et 12 991 visites à l'urgence, et ce, dans les 10 premiers mois de la mise en application du régime. Ce sont des conséquences qui touchaient l'ensemble des personnes assistées sociales et

les aînés qui consommaient des médicaments essentiels. Donc, contrairement à ce qu'on voit dans le rapport d'évaluation, il est impossible que le changement amené au mois d'octobre ait pu régler tous les problèmes.

Un deuxième exemple, c'est que ce rapport a constaté une augmentation de 66 % des événements indésirables, de 111 % des visites médicales et de 47 % des visites à l'urgence pour les personnes âgées qui consommaient des médicaments pour asthme, l'épilepsie, les maladies cardiaques et le diabète. Personne parmi ces personnes se trouve sur l'aide sociale, donc ces problèmes n'ont pas été réglés. Il y a d'autres problèmes au niveau de l'action médicament pour les personnes à faibles revenus. C'est clair pour nous que nous dénonçons le fait qu'une personne commence à payer une prime pour le régime d'assurance médicaments à 10 730 \$ et que la personne paie une prime au complet; c'est une prime de 175 \$ à 15 105 \$. Ce sont des contributions très élevées pour les personnes à faibles revenus. Et, bien qu'on soit d'accord que le régime soit un avantage pour les personnes qui n'avaient pas de couverture avant, c'est clair qu'il y a des problèmes d'équité. Par exemple, une personne qui travaille au salaire minimum paie quatre fois plus qu'une personne assistée sociale, même si le revenu en dollars est égal. Un autre exemple: une différence de 24 \$, pour une personne âgée, peut faire la différence, peut doubler ses contributions.

● (15 h 40) ●

Alors, pour nous, ce qu'on voit, c'est que l'impact néfaste du régime d'assurance médicaments sur les personnes à faibles revenus a été dénoncé, depuis 1996, par des centaines de groupes communautaires qui travaillent au jour le jour avec des personnes touchées par ce régime. Ça a été dénoncé par des centaines de médecins et de pharmaciens. Également, il y a eu une étude extensive sur le sujet qui a confirmé l'impact. On se demande, à notre Coalition, qu'est-ce que ça prend pour reconnaître qu'il y a un problème et pour que le gouvernement agisse. Je pense que, pour nous, si on n'est pas capable de voir le coût humain de ce qu'on voit avec le régime, on devrait aussi regarder le coût économique, qu'est-ce que ça demande au niveau des coûts pour les hospitalisations, pour les services de santé, etc. Enfin, on se demande où peuvent être les économies générées par cette gestion à la pièce. Pour nous, le problème fondamental est la pauvreté. Donc, la seule façon de régler l'ensemble de ces problèmes est d'assurer l'accès aux médicaments pour ces personnes et de réinstaurer la gratuité.

Notre deuxième revendication porte sur une politique des médicaments. Une politique des médicaments a été prévue par la loi n° 33 en 1996, mais ça n'est toujours pas en place. En 1995, le Conseil sur la santé et le bien-être a recommandé que le gouvernement mette sur pied un régime d'assurance médicaments. Ça n'a jamais été fait. C'est clair pour nous que la révision des politiques concernant l'industrie pharmaceutique, afin de contrôler les coûts, s'impose d'une façon urgente. Une révision des

pratiques médicales face aux prescriptions est aussi nécessaire, autant pour contrôler les coûts que la pertinence et l'utilisation des médicaments. Pour nous, dans le fond, il est inacceptable que la croissance du coût des médicaments soit transférée encore une fois directement à la population et surtout aux personnes à faibles revenus.

Finalement, notre troisième revendication, l'intégration des médicaments dans le système public de santé, ce qui veut dire pour nous que la mise sur pied d'un régime complètement public est essentielle. Nous avons élaboré un peu, dans notre mémoire, sur les problèmes posés par le partage public-privé qu'on voit actuellement. Le point le plus important pour nous est qu'un régime complètement public est la façon la plus équitable et la plus efficace de fournir l'accès aux médicaments dont on a besoin. Un régime hybride, c'est-à-dire public ou privé, fait en sorte que les personnes les mieux nanties, qui sont généralement en meilleure santé, sont couvertes par le secteur privé pendant que les personnes plus pauvres, souvent en plus mauvaise santé, sont couvertes par le régime public. Ceci est bien illustré actuellement au Québec, où on voit qu'il y a 3 millions de personnes qui sont assurées dans le réseau public, ce qui coûte 1,4 milliard pour leurs médicaments, pour leurs besoins en médicaments, et il y a 4 millions de personnes au privé, mais ça coûte 609 millions de dollars pour leurs médicaments.

Donc, si le régime était complètement public et tous ceux qui paient actuellement une prime à un assureur privé versaient leur prime au régime public, là, il serait possible d'offrir la gratuité de médicaments pour les personnes à faibles revenus tout en maintenant une couverture pour toutes les autres. Globalement, ce régime complètement public serait aussi plus efficace: il y aurait moins de dépenses administratives parce qu'il y aurait juste une seule administration; il n'y aurait pas de dépenses liées aux profits; il n'y aurait pas de coûts de marketing à supporter non plus. D'autres avantages à un régime 100 % public: de un, le gouvernement pourrait négocier de meilleurs prix pour les médicaments, ce qui réduirait les dépenses; on éviterait aussi les dépenses liées aux effets néfastes, comme les hospitalisations, l'utilisation accrue des services de santé; et évidemment, pour nous, l'accès aux médicaments serait assuré à tout le monde, ça serait pour nous une couverture vraiment universelle.

C'est quelque chose qui a déjà été démontré dans l'expérience d'autres pays. Il y a plusieurs autres pays qui ont mis sur pied des régimes à 100 % publics. C'est aussi la conclusion du Forum national sur la santé, qui a travaillé pendant deux ans à rechercher les différentes formules pour le régime d'assurance médicaments. Leur conclusion était que la meilleure façon de fournir l'accès aux médicaments est par le biais d'un régime à 100 % universel. Et, ce qu'il y avait dans *La Presse* ce matin, je ne sais pas si vous l'avez lu, mais il y avait un sondage fait où on demandait: Le régime d'assurance médicaments devrait-il être intégré à celui de d'assurance maladie, comme suggère le Protecteur du citoyen? Et la réponse a

été oui à 77 % et non à 23 %. Ce qui indique que la population exprime aussi un intérêt à l'idée d'intégrer les médicaments au sein de notre système public de santé.

Donc, on sait que le régime entièrement public fait partie des scénarios qui sont sur la table; c'est le septième scénario qui est proposé. Cependant, pour nous, il était clair, du document de consultation, que ce n'est même pas considéré comme une option sérieuse. Par contre, pour nous, il s'agit de la meilleure option pour la société québécoise. Et je vais passer la parole à Mme Gagnon.

Mme Gagnon (Ann): Alors, la Coalition sur l'assurance-médicaments appuie fortement les propositions du ministère concernant les mesures de contrôle de coûts, c'est-à-dire remboursement au plus bas prix et le prix de référence. Par contre, ces mesures ne vont pas assez loin, et d'autres politiques sont nécessaires et le plus rapidement possible. La Coalition sur l'assurance-médicaments insiste pour que le gouvernement règle les problèmes créés par la mise sur pied de ce régime. Nous n'acceptons pas que les personnes à faibles revenus soient encore une fois lésés par ces programmes. Puis, entre parenthèses, saviez-vous que même certaines personnes qui ont un revenu confortable s'inquiètent depuis qu'elles ont regardé certains scénarios proposés dans le document de consultation? C'est intéressant qu'il porte en titre *Le juste retour des choses* — c'est un sous-titre du document de consultation — car les augmentations de prime proposées dans la plupart des scénarios sont irresponsables et inacceptables. De plus, elles vont annuler, et rapidement dans bien des cas, les baisses d'impôts que M. Landry a annoncées la semaine dernière.

Alors, la Coalition sur l'assurance-médicaments exige une révision immédiate du régime de façon à assurer la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, c'est-à-dire 17 571 \$ en milieu urbain, ça s'impose de façon urgente; deuxièmement, le développement d'une politique globale sur les médicaments, incluant des politiques ciblant la pratique médicale, de même que le rôle joué par les grandes compagnies pharmaceutiques dans la détermination du coût des médicaments; et, le plus rapidement possible, l'intégration complète des médicaments dans le système public de santé.

De cette façon, les paroles qui disent que la personne est supposée être au centre des préoccupations du système de santé, qu'elle soit jeune ou vieille, sidéenne ou diabétique, prématurée ou handicapée... recevra le médicament dont elle a besoin quand elle en a besoin. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, on pourrait procéder aux échanges. Alors, Mme la ministre.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Alors, je vous remercie de votre présentation et de vos commentaires. D'abord, peut-être dans un premier temps rappeler qu'effectivement tout au long de l'application du

régime d'assurance médicaments il y a eu des modifications d'apportées au régime pour essayer de le bonifier, de l'améliorer, de telle sorte qu'on corrige certains effets, je dirais, pervers ou non souhaités qu'il a eus.

Alors, le premier exemple, c'est la mensualisation, n'est-ce pas, de telle sorte que les gens paient à chaque mois pour éviter — parce qu'ils n'avaient pas de sous de toute façon pour le faire — que le poids soit trop grand quand on le demandait sur des périodes de quelques mois. Ça a quand même ajouté au régime des sommes assez considérables, 32 millions à ce moment-là.

Lorsqu'on a corrigé, à l'automne dernier — et ça, je vais avoir une question précise sur ça — l'accès gratuit aux médicaments pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi, là aussi c'est une somme de l'ordre de 27 millions qui évidemment, sur une année, représentera un montant assez... Ça, c'est celui annualisé?

Une voix: Oui, oui.

● (15 h 50) ●

Mme Marois: Oui, pardon, c'est celui annualisé. Alors, 27 millions, c'est vrai. Parce qu'on en avait discuté ce matin, alors j'étais étonnée de voir le chiffre. Donc, c'est quand même 27 millions de correction. Puis on sait, dans le cas particulier de ces personnes, et ça, c'était une des recommandations ou un des commentaires de Tamblyn — vous avez cité tout à l'heure Tamblyn — pour les personnes qui avaient des contraintes sévères à l'emploi, une grande partie des personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient concernées évidemment par ce changement. Et ce qu'il faut savoir, c'est que 84 % des personnes qui ont des problèmes de santé mentale avaient des contraintes sévères à l'emploi. Donc, on a couvert un grand groupe de personnes qui avaient des difficultés vraiment très sérieuses, on en convient. Et ce qu'il faut savoir — et je ne vous donnerai pas nécessairement la statistique, je pourrais vous la donner, mais — aussi, c'est que les plus grands consommateurs de médicaments, pas parce qu'ils veulent les consommer mais parce qu'ils ont des besoins, on se comprend bien, étaient surtout du côté des prestataires ayant des contraintes sévères à l'emploi. Donc, quand on a éliminé leur contribution, on a vraiment aidé le nombre le plus grand de personnes qui, à l'aide sociale — on va bien se comprendre — avaient des problèmes sérieux au plan de la santé et qui pouvaient être solutionnés par la consommation de médicaments.

Et je veux revenir sur cette question-là, parce que vous l'abordez dans votre mémoire beaucoup, et à juste titre, et vous dites: Il est impossible que le changement en vigueur depuis octobre dernier... Parce que c'est vrai que c'est seulement depuis octobre dernier que ça s'est fait comme correctif puis je vais vous expliquer pourquoi on l'a fait seulement à ce moment-là. Bon, d'abord, on a eu des recommandations, on a procédé, nous, à des analyses, à différents scénarios possibles et on savait que le régime s'en allait en déficit très sérieux. On ajoute, cette année, 152 000 000 \$ pour couvrir les besoins justement des personnes âgées, des personnes à l'aide sociale que le gouvernement paie. Pour l'année prochaine, ça va

augmenter à 214 000 000 \$, c'est prévu au budget aussi. Sachant cela, on se disait: C'est une somme encore considérable à ajouter par-dessus ce qu'on devra payer de toute façon, puis on n'était pas très certain de l'amélioration de la situation financière, c'était très clair à l'époque. Donc, on a eu un certain nombre de difficultés à cet égard et, par ailleurs, il y avait des problèmes techniques aussi pour la mise en oeuvre.

Quand vous dites ici sur ce groupe de personnes en particulier avec lesquelles vous avez des contacts, avec lesquelles vous travaillez, pour lesquelles d'ailleurs vous offrez des services, du support et de l'aide... c'est quand même octobre, novembre, décembre, janvier, février, mars, est-ce que vous avez senti une différence? Est-ce que les personnes ont eu moins de demandes ou se sont moins adressées à vous pour du support à cet égard-là? Parce que, normalement, elles doivent avoir accès gratuitement à tous les médicaments.

Mme Auchinleck (Jennifer): Là, pour commencer, je peux demander à Luc, peut-être, de parler de la situation en santé mentale, puis là je pourrai parler de ce qu'on voit dans notre groupe.

Le Président (M. Beaumier): M. Vigneault.

M. Vigneault (Luc): Bien, tout d'abord, je pense qu'il faut dire que les personnes vivant avec un problème de santé mentale ne sont pas tous et toutes soutiens financiers, n'ont pas tous et toutes des contraintes sévères à l'emploi.

Mme Marois: Vous avez raison. Voyez-vous, on a évalué que 84 % d'entre elles qui sont à la sécurité du revenu avaient été couvertes par notre mesure. Donc, effectivement, il en reste 16 %.

M. Vigneault (Luc): Il en reste 16 %, d'une part, et les personnes ayant un problème de santé mentale ne sont pas tous et toutes sur l'aide sociale non plus.

Mme Marois: C'est juste aussi.

M. Vigneault (Luc): Donc, ces gens-là travaillent souvent dans des emplois précaires, ont un faible revenu et ont beaucoup de difficulté à payer leurs médicaments, à payer leur nourriture, etc. Donc, ça a engendré que les gens ont troqué certains médicaments pour un autre ou ont cessé de prendre une sorte de médicament, ce qui a engendré des hospitalisations très douloureuses, des expériences très néfastes pour les personnes, parce qu'elles ne pouvaient plus se payer les médicaments dû à leurs problèmes financiers qu'elles avaient à ce moment-là.

Et aussi, quand vous dites que les plus grands consommateurs et consommatrices de médicaments sont les personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi, c'est un petit peu gratuit, parce que, évidemment si tu as une contrainte sévère à l'emploi, normalement tu n'es pas en bonne santé. Donc, il ne faudrait quand même pas focuser

là-dessus. Dans le sens aussi... on entend des millions qui se promènent un peu partout, mais je pense que ce dont on vous parle, c'est au niveau d'assurer socialement, à des personnes vulnérables, une santé à laquelle elles ont droit dans notre société québécoise où on vit actuellement, de baser ça non plus sur des chiffres. Il ne faudrait pas non plus tomber dans un exercice comptable quand quelqu'un va se présenter dans un centre hospitalier, s'il a ou ils ont les moyens de se faire soigner.

Mme Auchinleck (Jennifer): ...parler de ce que nous voyons au Projet Genèse, Côte-des-Neiges, qui est un groupe communautaire qui travaille avec tout le monde, en fait, donc beaucoup de personnes âgées, beaucoup de personnes assistées sociales, beaucoup de personnes qui travaillent à faibles revenus. L'année passée, on a eu 29 000 demandes d'assistance, donc c'est quand même beaucoup de personnes.

Premièrement, oui, c'est clair que le rétablissement de la gratuité de médicaments pour les personnes dans la catégorie soutien financier a réglé le problème pour ces personnes, là, je suis d'accord. Mais ce sont les autres personnes qui ont toujours des problèmes assez importants. C'est en regard des personnes âgées. Mais il n'y a rien évidemment qui a changé pour les personnes âgées. Nous voyons toujours des personnes qui viennent chez nous, qui nous demandent: Est-ce qu'il y a un fonds, est-ce qu'il y a quelque chose, est-ce que, vous, au Projet Genèse, vous aidez les gens à payer les médicaments? On ne le fait pas. On les réfère au groupe qu'on a mentionné tantôt. Juste l'existence, je pense, de ces fonds, ça témoigne du fait qu'il y a un problème important. Autrement, il n'y aurait pas ces fonds. Pour ce qui est des personnes assistées sociales, comme j'ai dit tantôt, oui ça a réglé le problème pour les personnes dans la catégorie soutien financier, mais pour les autres qui ont un revenu beaucoup moins élevé — une personne soutien financier, c'est 727 \$ par mois; une personne qui n'est pas dans cette catégorie, c'est 502 \$ par mois — nous voyons donc quand même beaucoup, beaucoup de personnes qui n'arrivent pas à payer leurs médicaments. Donc, je pense que c'est important de reconnaître que ça a été un pas en avant. Oui, je suis d'accord, mais on ne peut absolument pas laisser la situation comme telle parce qu'on n'a pas réglé le problème.

Et pour nous, c'est clair du rapport Tamblin, c'est clair de ce qu'on voit dans nos groupes, c'est clair dans les fonds qui existent. Je ne sais pas ce que ça prendrait pour que ce soit plus clair, franchement, tu sais. On est ici, en fait, presque quatre ans plus tard parce qu'on constate qu'il y a toujours un problème très important pour ces personnes.

Mme Marois: Je voudrais juste revenir par rapport à la question des personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi. Quand vous dites: C'est un peu gratuit de dire qu'elles consomment plus de médicaments, je comprends le point de vue avec lequel vous le présentez. C'est sûr qu'à partir du moment où on est une personne qui a des

contraintes sévères à l'emploi, normalement, c'est parce qu'on a des problèmes très sérieux de santé ou de handicap, que ce soit en santé mentale ou autrement. Alors, on comprend la même chose, et je suis consciente de ça. Mais, en même temps, c'est le fait objectif et c'est normal, par exemple, que ce soit ainsi. Il ne s'agit pas de culpabiliser les personnes, on est d'accord tout à fait avec la même analyse, ça va de soi. C'est justement parce qu'il y a des difficultés sérieuses qu'elles sont considérées comme ayant des contraintes sévères à l'emploi.

Vous revenez dans vos commentaires et vos questions sur la politique du médicament et vous abordez peu en fait la question de la consommation adéquate du médicament. Vous l'abordez un peu, et j'aimerais ça justement que vous m'en parliez, si c'est possible. Parce que nous voudrions pouvoir adopter éventuellement une politique du médicament. J'ai expliqué à quelques reprises ici à d'autres groupes qui sont venus avant vous que nous avions commencé du travail à cet égard, mais que nous nous sommes aperçus que la tâche était gigantesque et qu'il fallait prendre un peu plus de temps pour être capable de faire le point sur le régime actuel avant d'aller plus avant. Mais nous sommes très préoccupés par la bonne utilisation aussi du médicament. Et, dans ce sens-là, est-ce qu'il y a des choses que vous pensez par rapport aux gens avec lesquels vous êtes en contact, vous travaillez? Est-ce qu'il y a des mesures particulières d'éducation, de formation, de travail auprès de professionnels que l'on devrait entreprendre dans justement l'ensemble des mesures nouvelles qu'on voudrait mettre en place pour améliorer la situation de consommation des personnes qui ont des besoins à cet égard?

Mme Gagnon (Ann): Je pense qu'il y a beaucoup d'information à faire, madame. Et, quand on pense à avoir l'intégration complète des médicaments dans le système public, je me réfère... Vous vous souvenez sans doute quand il y avait eu, je ne me souviens plus de l'année, le 2 \$ que les aînés devaient payer?

Mme Marois: Oui.

● (16 heures) ●

Mme Gagnon (Ann): Et à ce moment-là, par après, on a regardé, puis je questionnais des gens qui sont supposés être experts, qui m'ont dit: N'importe laquelle restriction apporte des coûts. Puis, j'ai presque envie de faire la caricature de ce 2 \$ qui était à peu près acceptable pour la plupart des aînés, mais, tout à coup, l'imprévision du temps a fait que de gérer ce 2 \$, les pharmaciens ont eu droit à des honoraires professionnels, et il ne restait absolument rien pour les médicaments. Alors, c'est pour ça que, si on parle de restriction, qu'on parle de santé mentale, qu'on parle d'aînés, les pays où ils ont intégré complètement les médicaments dans le système public de santé, pour nous, ça serait la solution idéale, parce qu'on n'a plus de restriction puis on n'a plus à payer.

D'abord, si on commence, c'est humiliant, même si c'est légal, qu'un citoyen doive se promener avec sa carte disant: Je suis pauvre et indigent. Et il y a une

gestion à ça, madame, il faut que quelqu'un établisse que moi, je suis pauvre, que, elle, elle est riche.

Une voix: Je pense qu'on a quelques autres commentaires là-dessus.

Mme Marois: D'accord, je vais vous écouter et je reviendrai sur ça.

Une voix: Moi aussi, je reviendrai.

M. Vigneault (Luc): La dernière fois que la Coalition vous a rencontrée, on s'était mis d'accord sur une chose, c'est qu'il n'y a personne au Québec qui se prescrit des médicaments.

Mme Marois: C'est ça. Oui, je me souviens très bien de ça, d'ailleurs, oui, oui, très, très bien.

M. Vigneault (Luc): Donc, quand on parle de surconsommation, il faudrait parler de surprescription. Ça, c'est une chose. Nous, dans les groupes communautaires, on a commencé des programmes d'éducation populaire au niveau de la consommation des médicaments qui ont un impact très présent. Ça a pour effet de diminuer la consommation de médicaments quand les gens savent qu'est-ce qu'ils prennent. On voit encore beaucoup de gens qui prennent des petites pilules bleues, des petites pilules roses, des petites pilules mauves. Ce n'est pas comme ça que les gens vont pouvoir s'aider, d'une part. Quand on se promène au Québec, dans les CLSC, il y a beaucoup de programmes pour les personnes âgées au niveau des benzodiazépines, par exemple, parce qu'on sait qu'on prescrit ça à tour de bras. Donc, on fait des programmes d'éducation populaire auprès des personnes âgées, et ça réduit la consommation des médicaments de beaucoup.

Ensuite de ça, il faudrait voir le rôle des compagnies pharmaceutiques qui se sont donné le mandat de former les médecins. Alors, évidemment, quand le vendeur de pilules débarque dans le bureau puis qu'il dit: J'ai la pilule pour toi qui n'a pas d'effets secondaires, quel médecin ne rêve pas de prescrire un médicament qui n'a pas d'effets secondaires? Là, tout le monde est là-dessus. On sait que les recherches en pharmacie, ça dure de six à huit semaines sur les humains. Donc, à long terme, on ignore les effets sur les personnes. Donc, il faudrait des programmes de formation auprès aussi des médecins prescripteurs pour les aider dans ce qu'ils font, dans leur travail et aussi peut-être axer sur d'autres ressources soit en service social ou en psychologie pour un peu casser ce que j'appelle en psychiatrie... Ce que la pilule est à la psychiatrie, c'est ce que l'hostie est à l'Église. Donc, il faudrait arrêter de penser que, hors des médicaments, point de salut.

Le Président (M. Beaumier): Merci bien. Nous devrons continuer les échanges avec le député de Vaudreuil.

Mme Marois: D'accord.

M. Vigneault (Luc): Donc...

Le Président (M. Beaumier): Il y a tout intérêt...

M. Vigneault (Luc): Je veux juste terminer, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Vous pouvez terminer.

M. Vigneault (Luc): Je veux dire à la ministre qu'on est tout à fait disponibles, si vous voulez former des comités, à aller s'asseoir pour trouver des solutions à ça.

Mme Marois: D'accord. Merci.

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

M. Marcoux: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue et merci pour votre présentation et également votre mémoire. D'entrée de jeu, je voudrais simplement vous mentionner que nous sommes évidemment d'accord avec vous lorsque vous dites que les propositions ont été soumises, là, près de neuf jours avant la date limite de dépôt des mémoires. Nous l'avons déploré lors du début de la commission parlementaire, parce que à quoi sert-il d'avoir une commission si les groupes n'ont pas le temps de préparer, de bien analyser les propositions? D'autant plus qu'on sait que ce n'est pas facile, et souvent les groupes doivent travailler bénévolement pour faire des analyses comme celles-là. Et, d'ailleurs, propositions qui étaient orientées principalement vers l'augmentation de prime, et la ministre nous a confirmé à l'Assemblée nationale il y a une semaine, une semaine et demie qu'effectivement il y aurait une augmentation des primes.

J'aimerais aussi peut-être faire un commentaire. Lorsqu'on mentionne que ça a pris une analyse évidemment très sophistiquée pour se rendre compte qu'il y avait des besoins qui n'étaient pas comblés, je voudrais simplement vous rappeler que mon collègue, ici, de Notre-Dame-de-Grâce disait en 1996: «Je ne peux que déplorer une mesure gouvernementale largement fiscale dont l'effet serait d'obliger les membres les plus démunis de notre société à faire un choix entre manger et prendre des médicaments ou payer le loyer et prendre des médicaments.» Je pense que déjà, à ce moment-là, il a dit: Écoutez, il y a des choses qui ne marchent pas, et ça va avoir un impact important.

Je vais vous poser une question et, après ça, je vais laisser la parole à mes collègues. Est-ce que le régime actuel, surtout peut-être en santé mentale, également dans d'autres secteurs, est un frein au virage ambulatoire? Et est-ce qu'il y a des gens qui, dans le fond, parce qu'ils sont obligés d'assumer les coûts finalement retournent à l'hôpital, alors qu'ils ne devraient pas y retourner ou qui restent à l'hôpital, alors qu'ils pourraient normalement vivre dans leur milieu?

Mme Auchinleck (Jennifer): Ça, je pense, pour nous, c'est très, très clair qu'il y a un lien très important entre le régime d'assurance médicaments et le virage ambulatoire. Les gens sont envoyés de l'hôpital chez eux plus tôt qu'auparavant. Ils doivent assumer les coûts pour les médicaments qui étaient assumés par l'hôpital auparavant. Ça veut dire un fardeau beaucoup plus important pour les gens, et c'est quelque chose qu'on voit au jour le jour aussi là où je travaille puis dans les autres groupes aussi. C'est clair que, pour nous, le projet d'un virage ambulatoire ne peut pas marcher. Généralement, je pense qu'il y a un problème très important avec le manque de ressources dans les CLSC pour les soins à domicile et tout ça, mais, au niveau de l'assurance médicaments, si une personne a de la difficulté à prendre ses médicaments d'une façon régulière, mais là c'est encore plus difficile quand on ajoute encore plus de dépenses comme dans le contexte du virage ambulatoire, donc...

Mme Gagnon (Ann): J'aimerais ça peut-être ajouter que souvent une personne qui est pauvre et qui est gênée d'être pauvre va décider elle-même que ce médicament-là est le plus cher, elle laisse tomber. Elle ne consultera pas nécessairement: Est-ce que c'est le meilleur choix? Est-ce que c'est la meilleure économie? Et on entend parler au niveau des aînés, souvent, qui font de l'hypertension, pour ne parler que de ça, qu'ils font le mauvais choix par économie et puis ils sont hospitalisés. Ils rentrent à l'urgence, ils font un autre ACV.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

M. Barbeau (Yvon): Je voudrais rajouter quelque chose. Il y a une personne qui est venue avec nous, cette personne-là a des problèmes de santé mentale et des problèmes physiques. Elle est considérée apte au travail dans la catégorie non disponible. Puis, lui, quand il ne peut pas payer ses médicaments, il va s'en passer. Il y a un certain temps, il a passé deux semaines à l'urgence. Est-ce que c'est rentable, pour avoir sauvé 16 \$ par mois, de payer deux semaines d'urgence pour un patient? Si c'est 27 millions pour les soutiens financiers que ça a coûté au gouvernement pour rendre la gratuité, comment ça coûterait pour le reste si les soutiens financiers apparaissent une grande partie des dépenses des médicaments? Je veux dire, il me semble, il y a plusieurs personnes — ce n'est pas juste des gens qui sont sur l'aide sociale — qui arrivent à 50 ans, elles ont perdu leur emploi, elles ont des problèmes de santé, puis les médicaments essentiels, ça ne veut pas dire que c'est des médicaments qu'on s'aperçoit, quand on ne les prend pas, que c'est essentiel, et la personne se ramasse quatre ou cinq ans après avec un ACV, puis son espérance de vie est écourtée parce qu'elle n'a pas eu 16 \$ pour payer ses médicaments. Il a payé de l'impôt lui aussi comme les autres, peut-être que le gouvernement devrait prendre en considération ces gens-là. C'est juste ce que je voulais rajouter.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Mme la députée Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Vous savez, la ministre nous le rappelle souvent dans ses commentaires, le déficit que le système a provoqué, mais elle omet toujours de mentionner que, quand on a implanté le système, le gouvernement a fait des économies quand même incroyables. En trois ans, le gouvernement a empoché, sur le dos des personnes âgées, tout près de 700 millions, et, pour les bénéficiaires de l'aide sociale, c'est une économie pour le gouvernement de 100 millions. C'est vrai que, dès qu'il y a eu le rapport Tamblin, le gouvernement a pris plusieurs mois avant de prendre action, plusieurs mois, en sachant qu'il y a des gens qui souffraient et n'a réglé la situation, comme vous l'avez si bien mentionné, que pour les personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi en laissant complètement de côté les personnes âgées, en oubliant complètement les personnes âgées qui souffrent. Et ce qui est encore plus indécent, à mon avis, et je le dis comme citoyenne, moi, quand j'ai appris qu'il y avait 841 millions qui dormaient... Puis je ne fais même pas de politique en vous disant ça, j'étais chez moi, je lisais *La Presse*... Ah! vous pouvez rire, Mme la députée, parce que ce n'est pas drôle, quand tu sais qu'il y a des gens...

Une voix: ...c'est le fait de dire que vous ne faites pas de politique. Ce n'est pas sur votre intervention que je souriais...

Mme Loiselle: Non. Non, j'étais chez moi, puis c'est comme citoyenne que j'ai été outrée.

Le Président (M. Beaumier): La parole est à la députée de Saint-Henri...

• (16 h 10) •

Mme Loiselle: C'est comme citoyenne — ne riez pas, Mme la ministre — j'étais outrée...

Mme Marois: Je ne ris pas, je vous écoute très sérieusement, Mme la députée.

Mme Loiselle: ...de savoir que le gouvernement avait 841 millions dans une cagnotte à Toronto pendant qu'il savait très bien les effets dévastateurs que le rapport Tamblin rapportait, particulièrement pour les personnes âgées pauvres. On aurait pu prendre de l'argent dans cette cagnotte-là pour aider les personnes âgées qui souffrent actuellement.

Et, vous savez le constat malheureux que vous faites, vous n'étiez pas tout le temps à la commission, mais l'Association des hôpitaux du Québec a fait le même constat, particulièrement pour les personnes âgées. Quand vous dites: Les gens pauvres se privent de manger, ou ne paient pas leur loyer, ou se privent de leurs médicaments, ne prennent pas bien la posologie, l'Association des hôpitaux du Québec a fait le même constat. Les gens qui sont venus dans la commission ont fait le même constat. La Conférence des régies régionales a fait le même constat que vous en ce qui a trait aux effets dévastateurs sur les personnes pauvres, particulièrement les personnes âgées. L'Association des CLSC et des CHSLD a fait le même constat. Le Protecteur du citoyen.

Vous savez, on a devant nous des pistes de révision où on nous parle d'augmentation de primes, et moi, depuis le début de la commission, je le dis — je ne me suis pas gênée pour le dire — que, si on nous met devant nous des augmentations de primes, on en met jusqu'à 500 \$, c'est que, dans la tête du gouvernement, la décision est prise, il sait déjà, j'en suis convaincue, de combien il va augmenter les primes, puis là il va nous dire: Écoutez, au lieu d'augmenter... On aurait pu aller jusqu'à 500 \$, il y a des pistes de révision qui vont jusqu'à 500 \$, mais on a décidé d'augmenter jusqu'à tel montant pour bien s'en sortir. Je peux même vous dire les lignes de presse de la conférence.

Mais, moi, je voudrais savoir, si jamais le gouvernement décidait de laisser comme telles la franchise et la coassurance pour les plus démunis ou décidait d'augmenter un petit peu la coassurance, la franchise pour les plus démunis, pour les personnes âgées, est-ce qu'on n'est pas en train de préparer un deuxième rapport Tamblin pendant que le gouvernement ne fait rien pour aider ces personnes-là?

Mme Auchinleck (Jennifer): Je pense que c'est clair que ça va être encore pire. Si on procède avec des augmentations, ça va être encore pire. On sait c'est quoi, la situation actuelle, il n'y a pas d'autres possibilités. Si c'est déjà très, très difficile, ça va être encore plus difficile, ça va être plus difficile pour beaucoup plus de personnes. Donc, je suis d'accord que n'importe quelle augmentation va faire beaucoup, beaucoup de mal. C'est pour ça que, pour nous, évidemment, c'est inacceptable, mais c'est aussi essentiel qu'on règle les problèmes qu'on a créés pour commencer, qu'on rétablisse la gratuité des médicaments pour assurer qu'il n'y a pas de problèmes comme ça.

Et je passe juste quelques commentaires par rapport à ce que vous avez dit, de un, le régime d'assurance médicaments s'inscrit effectivement dans la lutte au déficit, tout le monde le sait. Ça s'ajoute à toutes sortes d'autres coupures qu'ont subies les personnes à faibles revenus depuis les dernières années, à l'aide sociale, par exemple, où il y a eu des coupures très, très importantes. Toute la réorganisation du système de santé, les coupures là-dedans, ça touche les personnes à faibles revenus plus que les autres, encore plus. Donc, ça, c'est clair.

L'autre chose qui est claire, je pense, est que nous avons les moyens comme société d'assurer l'accès aux médicaments à toutes les personnes qui en ont besoin. Nous pouvons contrôler les coûts des médicaments. Il y a quelques mesures qui sont proposées par cette commission. Elles sont excellentes, elles sont essentielles, il faut qu'on procède avec, mais il faut faire beaucoup plus. Si le gouvernement choisit d'ignorer les coûts des médicaments, c'est juste transférer encore une fois les contributions aux personnes pauvres.

On a aussi le fait qu'il y a des compagnies pharmaceutiques aussi au Québec qui font d'énormes profits. On ne peut pas me dire que, quand il y a les compagnies pharmaceutiques qui font des profits et qu'il

y a les personnes à faibles revenus qui se ramassent à l'hôpital parce qu'elles ne peuvent pas payer les médicaments, c'est une question de ressources. C'est une question de priorités.

Et, pour nous, c'est clair que la meilleure façon de régler tous ces problèmes, surtout l'accès, mais aussi la maîtrise des coûts, c'est de mettre sur pied un régime complètement public. C'est ça, la solution. C'est ça qu'il faut qu'on fasse.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

Mme Loiselle: Est-ce que vous me permettez, M. le Président?

Le Président (M. Beaumier): Oui, dernière question. Oui.

Mme Loiselle: Dans les scénarios proposés par la ministre d'augmentation de primes, il y a aussi... Pour tous les scénarios, on indique que la ministre va modifier la loi pour introduire une révision automatique des primes à tous les ans. Moi, j'aimerais vous entendre, pour les personnes pauvres qui paient des primes, dont les personnes âgées en particulier, est-ce qu'il n'y a pas là une autre grande inquiétude parce qu'il va y avoir une augmentation de primes automatique qui va être introduite dans la loi?

Mme Gagnon (Ann): Alors, justement j'en ai parlé un peut tantôt des personnes à la retraite qui ne sont pas encore pauvres, mais qui, en voyant ce qui s'en vient ou ce qu'elles craignent voir venir... J'ai un collègue qui fait du bénévolat avec les aînés qui me disait: Si ça va comme c'est proposé ou comme on lit, ma femme et moi, on va changer de «bracket», puis pas à peu près. Les gens ont peur. Alors, comme je vous dis, même ceux... puis, surtout chez les aînés où le revenu est superfixe, la moindre augmentation... Les pensions ne sont pas toutes — comment on appelle ça quand ça monte avec l'inflation...

Mme Loiselle: Indexées.

Mme Gagnon (Ann): ... — indexées, au contraire. Alors, le revenu est très fixe. Et, quand on entend des chiffres comme 16 \$ ou 25 \$, pour plus de la moitié de la population, ce n'est rien, ça ne vaut même pas la peine d'en parler, mais, pour des gens qui sont à faibles revenus, qui sont retraités, l'augmentation de loyer, l'augmentation des coûts des médicaments, ça devient un drame. Ça devient un drame.

Mme Auchinleck (Jennifer): Peut-être aussi, au niveau de la question de l'augmentation des primes à chaque année, bien ça va être encore pire à chaque année. Ça va être plus facile pour le gouvernement d'augmenter les primes et ça va être plus difficile pour les groupes de s'opposer à ça. Évidemment, pour nous, ce n'est pas la

solution, il nous faut la gratuité pour les personnes à faibles revenus. Mais je pense aussi qu'il faut reconnaître qu'il y a une limite à ce qu'on peut faire avec les augmentations de primes. S'il faut qu'on augmente les primes de 100 \$ chaque année, cette année, l'année prochaine... Mais on a illustré tantôt le fait qu'il y a cette polarisation avec les régimes publics et les régimes privés. Bien, il y a déjà la moitié des personnes sur le régime public qui ne paient pas la prime au complet. Il va y avoir de moins en moins de personnes qui vont pouvoir payer ces primes. Donc, ce n'est pas logique comme système, on ne va pas pouvoir supporter ce système, de toute façon. C'est pour ça qu'il faut, selon nous, régler le problème des personnes à faibles revenus en instaurant la gratuité, mais aussi revoir toute la structure du régime d'assurance médicaments en mettant sur pied un régime à 100 % public.

Le Président (M. Beaumier): Oui. Dans le respect de nos règles, il nous resterait deux minutes et demie.

M. Copeman: Je vais tenter d'être bref, M. le Président. J'aimerais vous parler des listes d'attente. On entend beaucoup de listes d'attente dans plusieurs domaines, mais la liste d'attente dont j'aimerais vous parler, c'est la liste d'attente des gens qui attendent de l'assistance financière. Vous avez signalé dans votre mémoire que Sun Youth, Jeunesse au soleil, aide déjà 1 400 personnes en assistance financière et qu'ils ont une liste d'attente de 280 personnes. Alors, non seulement dans une société généralement reconnue comme riche comme la nôtre, non seulement avec un budget du gouvernement du Québec qui est un peu en bas de 40 milliards de dollars, nous sommes obligés d'avoir des fondations privées qui aident des individus à acheter des médicaments, mais nous sommes obligés d'avoir des listes d'attente des fondations privées pour aider du monde à consommer des médicaments essentiels.

La question que je voulais vous poser: Depuis les changements apportés au régime quant à la gratuité pour les gens qui ont une contrainte à l'emploi, avez-vous remarqué une baisse dans le nombre de personnes qui sont obligées d'aller chercher de l'aide financière pour payer les médicaments? Est-ce que ces effets-là ont été assez bénéfiques pour qu'il y ait une baisse dans les chiffres de personnes qui sont obligées d'aller essentiellement quêter chez des fondations pour payer leurs médicaments?

Le Président (M. Beaumier): Bon. Alors, il faudrait aller rapidement, le temps est écoulé. Alors, peut-être 30 secondes, on s'excuse.

M. Boire (Kevin): Je vais aller vite. Pour répondre à votre question, effectivement, dans mon travail quotidien avec les personnes en santé mentale, depuis un mois, il y a quatre personnes, minimum, qui m'ont appelé, qui ne sont pas soutien financier, qui ont l'aide sociale, sécurité du revenu et tout ça, qui ne peuvent pas payer leurs médicaments, qui ne peuvent pas même manger,

donc ils demandent: Qu'est-ce que tu peux faire pour moi? Ils disent que je fais partie de la Coalition, tout ça. Donc, qu'est-ce qu'on peut faire? Et donc on est ici justement pour parler de leurs besoins, parce que, non, ça n'a pas réglé tous les problèmes des personnes à faibles revenus. Et puis il y a même une personne qui me dit qu'un médecin lui prescrit des médicaments, plus aussi l'oblige à acheter des suppléments pour contrer l'effet des médicaments. Il gagne 500 \$ par mois, il n'est pas capable. Donc, ça ne règle pas grand-chose.

• (16 h 20) •

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, je remercie les représentantes et représentants de la Coalition sur l'assurance médicaments et j'inviterais la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Beaumier): À l'ordre, s'il vous plaît.

Alors, je demanderais aux représentants et représentantes de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec de se présenter. Bonjour. Qui se présente et présente les autres?

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

M. Roy (René): Alors, René Roy, secrétaire général de la FTQ. Bonjour.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour.

M. Bellemare (Réjean): Réjean Bellemare, conseiller au service de la recherche, FTQ.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

M. Guay (Robert): Robert Guay, vice-président, FTQ.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

Mme Amiot (Suzanne): Suzanne Amiot, vice-présidente, FTQ.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Alors, vous avez un quart d'heure, 15 minutes, pour nous entretenir de votre message, puis ensuite des échanges d'une demi-heure, un quart d'heure de chaque côté. Merci. Allons-y.

M. Roy (René): La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec représente près d'un demi-million de travailleurs et travailleuses des secteurs privé et public de l'économie. L'accès à des médicaments constitue pour nos membres, comme pour la population en général, un enjeu d'importance. La FTQ remercie le gouvernement de lui offrir l'opportunité de faire connaître son point de vue sur le régime d'assurance médicaments.

Tous et chacun s'entendent pour dire que la mise en place du régime général d'assurance médicaments est une amélioration importante de l'offre publique de soins de santé au Québec. C'est ainsi que plus de 1,5 million de citoyens et citoyennes ont un eu un meilleur accès aux médicaments. De plus, pour certains de nos membres, la mise en place du régime a amené une amélioration de la couverture offerte par leur régime privé.

En 1996, dans le mémoire intercentrale que nous avons déposé, nous affirmions déjà que, «si les coûts du régime ne sont pas contrôlés de façon efficace, et ce, dès les premières années de sa mise en application, l'augmentation des primes pourrait entraîner un risque réel d'éclatement du régime universel». Malgré cette mise en garde, il est malheureux que, trois années plus tard, le financement et le contrôle des coûts du régime soient au centre des préoccupations actuelles.

Au moment du dépôt du projet de loi n° 33, nous déplorions n'avoir que trois semaines pour prendre connaissance de la loi et en évaluer les impacts. C'est pourquoi nous avons demandé au gouvernement de retarder la mise en place du régime pour évaluer tous les impacts de son application sur la population. Nous devons constater que, cette fois-ci, le ministère a battu tous les records. À moins de huit jours de la date prévue pour la remise des mémoires, le ministère nous transmet ses pistes de révision du régime. Ces sept scénarios vont dans toutes les directions et démontrent une certaine improvisation.

Depuis la mise en place du régime général d'assurance médicaments, le gouvernement a dû corriger le tir et procéder à des modifications pour en faciliter l'accès aux bénéficiaires. Nous considérons que d'autres ajustements seront nécessaires. Toutefois, il ne faut pas arriver à des conclusions trop hâtives. En 1997, la mise en place rapide du régime d'assurance médicaments, pour répondre à des impératifs financiers, a amené plusieurs citoyens à subir les contrecoups d'une certaine improvisation. Le besoin de prendre notre temps pour bien évaluer l'impact des décisions qui seront prises dans ce dossier constitue la première leçon à tirer de l'évaluation des trois premières années du régime.

Régime mixte, contributif et universel. Lors de la présentation du projet de loi amenant la création d'un régime général, nous nous étions ralliés à un régime mixte et contributif parce que nous considérons que ce régime proposait une solution équitable pour les 1,2 millions de personnes qui n'avaient pas accès à un régime d'assurance médicaments. Dans la mesure où une solution permanente et équitable au sous-financement du régime sera mise en place et que des correctifs seront apportés à certains irritants, la FTQ continue de penser qu'un régime mixte constitue une alternative acceptable à un régime public et universel.

Tout comme les auteurs du document présentant les pistes de révision l'indiquent dans leur introduction, «la cohérence et l'efficacité des politiques sociales ont été améliorées par la couverture d'assurance médicaments qui vient compléter et rendre plus efficace le fonctionnement de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation».

Le droit de vivre en santé passe par un accès le plus large possible aux médicaments nécessaires aux soins des Québécois et des Québécoises. Le régime général d'assurance médicaments a été constitué pour permettre cet accès. Aujourd'hui, nous devons nous demander si le régime a répondu aux attentes. De façon générale, nous pouvons dire que oui.

Un régime à deux volets. Le volet public. Le volet public du régime général d'assurance médicaments a non seulement donné un accès nouveau à plusieurs citoyens, mais il a continué de fournir un accès aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes de 65 ans et plus. Cependant, du côté de l'accès aux médicaments du régime public, le régime public n'a pas un bilan parfait. Dans une étude, le Dr Tamblyn démontre clairement que la hausse demandée des contributions aux personnes âgées et aux prestataires de la sécurité du revenu a amené une diminution de la consommation des médicaments essentiels et une hausse de la consommation des autres services médicaux. Si l'effet recherché était la diminution de la surconsommation, la méthode utilisée n'a pas permis de bien cibler l'objectif. On a donc échangé les bienfaits d'une meilleure accessibilité pour les adhérents contre certains aspects négatifs sur la santé de la clientèle traditionnelle du gouvernement. Les auteurs de l'évaluation du régime général croient qu'il s'agit d'un compromis raisonnable. Nous ne partageons pas cette opinion, nous croyons que tous les Québécois et toutes les Québécoises ont droit à la santé. La santé est un droit qui ne se monnaie pas et personne ne devrait se voir refuser l'accès à des soins ou à des médicaments faute d'avoir des revenus suffisants.

Pour la FTQ, s'il ne fait aucun doute que la mise en place d'un régime public constitue une amélioration importante de la protection sociale, il nous apparaît tout aussi important que la politique de partage des coûts avec l'assuré ne vienne pas réduire l'accès aux médicaments et à la santé.

Le volet privé. Le secteur privé de l'assurance a dû adapter ses produits aux exigences du régime public. L'arrivée du régime général public d'assurance a bouleversé l'industrie, mais elle n'a pas remis en question sa présence dans ce secteur d'activité. Bien que nous ayons alors indiqué notre préférence pour un régime public, nous pouvions fort bien nous accommoder d'un régime mixte. À l'époque, on avait déclaré ça.

Notre centrale et nos syndicats affiliés ont incorporé dans leur culture la négociation de régimes collectifs d'assurance. Dans de nombreux cas, les régimes offerts dans le secteur privé donnent une meilleure couverture que le minimum exigé dans la loi. Souvent, leur financement ne demande pas de contribution, c'est-à-dire les coassurances, les franchises, de la part des participants.

Cependant, nous avons constaté les mêmes problèmes d'application que ceux identifiés dans le document d'évaluation du régime général, soit: l'absence de subvention au paiement de la prime pour les bas salariés du volet privé; aucun étalement sur des bases mensuelles du paiement des franchises et du plafond; l'avance du coût

des médicaments par les assurés qui doivent ensuite réclamer le remboursement; l'obligation pour les travailleurs saisonniers et les retraités de moins de 75 ans d'adhérer en tout temps à l'un ou l'autre des régimes privés; l'absence d'un compte universel des contributions d'un individu. La FTQ croit que des solutions à ces problèmes d'application doivent être envisagées dans le cadre d'une restructuration globale du régime.

Un dernier point qui saute aux yeux lorsqu'on compare le volet public et privé du régime général d'assurance médicaments, c'est la différence des prix pour les médicaments achetés selon que l'on est couvert par le régime public ou par un régime privé. Le gouvernement doit maintenant utiliser son pouvoir de négociation pour faire bénéficier les régimes privés des médicaments à moindre prix. Tous les Québécois, toutes les Québécoises ont le droit de payer le même prix pour leurs médicaments. De plus, la taxe sur les primes prélevées par le gouvernement désavantage encore plus directement le régime privé par rapport à son vis-à-vis public. Par souci d'équité, les prix des médicaments inscrits sur la liste publique devraient s'appliquer aux régimes privés comme au régime public.

● (16 h 30) ●

Des organismes de gestion des médicaments à repenser. Le CCP et la liste des médicaments. Le gouvernement a donné le mandat d'établir la liste des médicaments inscrits au Conseil consultatif de pharmacologie. Comme l'indique le rapport d'évaluation, les critères utilisés par le CCP pour inclure un médicament dans la liste datent de plusieurs années, et nous partageons l'idée qu'il faut réviser les critères. Nous sommes un peu inquiets des nouveaux critères proposés. Lorsqu'on nous parle de tenir compte des critères économiques et sociaux dans la décision d'inscrire ou non un médicament sur la liste publique, nous espérons que ces derniers ne prévaudront pas sur les critères de santé.

Le Comité de la revue des médicaments. Avec la mise en place du régime d'assurance médicaments, on avait aussi prévu un comité de revue de l'utilisation des médicaments, le CRUM. Le CRUM constitue un autre volet d'un embryon d'une politique du médicament. Un des rôles du Comité était de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Les premiers travaux montrent bien qu'il existe un problème d'utilisation de médicaments au Québec. Ces études concluent poliment à des écarts importants entre l'usage observé et l'usage optimal des médicaments étudiés. Les raisons de ces écarts sont détaillées. Et on mentionne, avec raison, qu'une utilisation inappropriée des médicaments démontre l'importance de continuer les études et la recherche évaluative en ce domaine.

Notre constat des activités et de la structure des deux organismes gouvernementaux précités nous amène à donner notre appui à l'intégration de leur mandat dans un seul comité, tel que proposé dans le document sur les pistes de révision. Selon nous, ce nouvel organisme, le Conseil consultatif des médicaments, le CCM, aura à définir une politique du médicament pour le Québec. Dans

l'élaboration de cette politique, la FTQ propose l'application stricte de la règle du prix le plus bas, sans délai supplémentaire de 15 ans, et de la mise sur pied d'une politique du prix de préférence.

La composition du CCM devra automatiquement prévoir des représentants de la population. Le nouvel organisme devrait être doté des ressources nécessaires pour procéder à une réelle revue d'utilisation des médicaments. Un suivi de l'utilisation des médicaments déjà sur la liste devra se faire de façon plus systématique. Finalement, un programme d'information, de formation et d'intervention auprès des médecins, des pharmaciens et des usagers devra aussi être articulé de façon à favoriser une utilisation optimale des médicaments.

Financement du régime. Pour les rédacteurs du rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments, l'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans un autre programme de santé par une réduction notamment des services hospitaliers. Pour être complète, l'analyse de la croissance des coûts du programme de médicaments doit être effectuée dans ce contexte. C'est sous cet angle que nous abordons la question du financement.

Bien qu'ayant eu très peu de temps pour analyser les pistes de solution, si elles nous avaient été présentées sous une forme de choix de réponses, nous aurions tendance à répondre: Aucune de ces réponses. Nous croyons que le régime général d'assurance s'inscrit dans l'offre globale des soins de santé du gouvernement québécois à ses citoyens et citoyennes. Pour assurer la pérennité du programme, il faut relever le défi de la hausse constante des coûts des médicaments. Il est à l'avantage de la société de maintenir l'accès le plus large et sans entrave aux médicaments nécessaires pour garder la population en santé. La hausse prévisible des coûts des médicaments ne devra pas remettre en question ce constat.

Le gouvernement doit trouver une solution permanente pour le financement du régime en collaboration avec ses partenaires sociaux. Toutefois, il ne faut pas improviser des scénarios de financement. Si les revenus gouvernementaux ne progressent pas au même rythme que les hausses des médicaments, il en va de même pour les revenus des Québécois et Québécoises. Mais contrairement au gouvernement, ces derniers n'ont pas les leviers législatifs et fiscaux pour répondre à la hausse des coûts des médicaments.

Pour la FTQ, une réflexion sur le financement du régime s'inscrit plutôt dans une analyse globale de la structure du régime général d'assurance médicaments. De plus, tant qu'une politique du médicament n'aura pas été mise en place par le nouvel organisme, le CCM, aucun effort coordonné de contrôle des coûts n'existe vraiment. Nous recommandons donc la mise en place d'un groupe de travail qui aura pour tâche de réviser le fonctionnement, la définition et le financement du régime d'assurance médicaments.

Cette redéfinition du régime devra se faire avec comme prémisses que le régime d'assurance médicaments fait partie intégrante de l'offre publique de soins de santé;

en visant la plus grande accessibilité possible aux médicaments pour les Québécois et les Québécoises; en pesant bien l'impact que tout changement de conception du régime pourrait avoir sur la population et sur les assureurs privés du Québec; en s'assurant que la nouvelle formule utilisée pour le financement du régime sera progressive et permanente. Ce groupe de travail devrait automatiquement inclure des représentants de la population.

En conclusion, comme nous l'avons indiqué dans notre préambule, l'accès des médicaments est un enjeu important pour la santé de nos membres comme pour celle de la population en général. Nous souhaiterions le maintien d'un régime mixte d'assurance médicaments. De façon générale, nos membres sont satisfaits des régimes collectifs négociés, et l'abandon du régime pourrait avoir un impact considérable pour les assureurs québécois. Cependant, nos commentaires sur le régime général d'assurance médicaments vise à assurer le meilleur accès possible aux médicaments pour la population, que ce soit dans le cadre du régime public ou d'un régime privé.

Le financement du régime général constitue pour la FTQ une préoccupation majeure à laquelle une solution doit être trouvée. Nous croyons cependant que la santé des citoyens et des citoyennes est l'objectif premier et qu'il faut prendre le temps de faire une analyse globale de la structure du régime. Il ne faudrait surtout pas, encore une fois, aller trop vite. Merci beaucoup.

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

Mme Marois: Merci, M. le Président. Je vous remercie de votre mémoire. Bonjour, ça me fait plaisir de vous voir. Bon, vous faites un certain nombre de commentaires évidemment sur la rapidité avec laquelle nous avons implanté le régime et un certain nombre de difficultés de parcours qui sont apparues. Moi, j'en conviens, c'est vrai qu'il y a eu des difficultés, puis il continue d'y avoir encore des fois certains petits problèmes, quoique maintenant je pense qu'on a pas mal aplani des aspects techniques des problèmes qui étaient présentés. Là, c'est des questions peut-être un petit peu plus importantes en termes de place du médicament dans l'ensemble de nos interventions pour améliorer la santé des Québécois et des Québécoises. Mais j'ai le goût de partager avec vous ce commentaire-là.

Vous savez, quand on peaufine à ce point parfois certaines politiques, on finit par voir apparaître un certain nombre d'inconvénients puis on finit par ne pas les mettre en place. Et il faut, pour les gouvernements, comme pour les syndicats, comme pour les entreprises, accepter parfois que certains aspects ne soient pas parfaitement connus, donc prendre un risque — ça a l'air peut-être un peu particulier de dire ça — compte tenu de tous les avantages par ailleurs qu'on peut en retirer à certains égards et quitte à accepter en cours de route de corriger les problèmes auxquels on a été confronté.

Puis là je remplace le tout dans la perspective. C'est vrai qu'il y a eu certaines économies de faites au moment où on l'a implanté, mais ce n'est pas d'abord et avant tout

pour ça qu'on l'a implanté. On l'a implanté parce qu'on était dans une perspective de transformation des services de santé. Et, comme les gens, utilisant des services dans les hôpitaux sur une période beaucoup plus courte, en sortant, devaient continuer à avoir accès à des médicaments qui étaient, eux, par ailleurs très coûteux et qu'on ne les couvrait plus, il fallait, s'ils n'étaient pas assurés, qu'ils puissent y avoir accès. Et, dans le fond, ça a été d'abord et avant tout ça qui nous a amenés à penser à un régime d'assurance médicaments, que vous reconnaissez comme étant un plus, un plus qui n'est pas nécessairement parfait mais qui est nettement plus que ce qu'on avait avant, sachant bien que, par vos conventions collectives, que vous négociez toujours...

J'imagine que, dans toutes vos conventions, vous devez avoir une portion d'assurance, dans presque toutes, j'imagine — en tout cas, vous pourrez m'en parler un peu — quitte à ce que ce soit simplement les travailleurs qui y contribuent, généralement, vous demandez une contribution de l'employeur, mais au moins en avoir un de base. Alors, ce qui explique qu'on a dû faire un certain nombre de corrections, entre-temps, et on va continuer à le bonifier. Et c'est pour ça d'ailleurs qu'on a proposé un certain nombre d'orientations et qu'on vous entend pour voir à améliorer le tout.

Par ailleurs, encore là, sur la question du financement ou du coût du régime, en fait, il nous coûte beaucoup plus cher qu'il nous coûtait en 1995, et par la contribution du gouvernement et évidemment par la contribution aussi des assurés au régime ou des adhérents au régime. Et c'est là qu'il faut imaginer différentes possibilités de corriger le tout.

• (16 h 40) •

Je veux maintenant revenir sur certains aspects que vous soulignez. Vous dites: Un régime mixte, ça constitue une alternative acceptable à un régime universel public. Bon, à la fin, vous revenez en disant: On pense qu'on devrait quand même réévaluer plus largement le régime. Est-ce que vous êtes toujours d'accord avec cette affirmation de votre mémoire? Et, dans nos propositions, on aborde la question d'un processus de mutualisation additionnel qui serait un processus qui impliquerait les entreprises des régimes privés. Est-ce que vous avez regardé ça un peu? Et est-ce que vous avez, sur ces questions, des commentaires à nous faire? On a eu d'autres de vos collègues d'autres centrales qui nous ont fait des commentaires sur ces questions en particulier.

M. Roy (René): Je vais laisser notre conseiller technique vous répondre.

Mme Marois: Bien sûr, M. Roy. Merci.

M. Roy (René): J'aurais des bonnes choses à dire, mais je l'ai amené ici, je vais le laisser parler.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: C'est vrai. Vous voulez qu'il soit utile et qu'il travaille. On se comprend.

M. Bellemare (Réjean): Merci, René. Non, effectivement, on a pensé à différents scénarios qui pourraient amener une mutualisation. On a pensé à un régime public complet, on a pensé à la méthode actuelle puis, dans le court délai qu'on avait, on n'arrivait pas à se faire une idée de la meilleure solution et on n'avait pas tous les outils pour le faire. D'où la recommandation de créer le plus rapidement possible, parce que le régime doit continuer...

Mme Marois: C'est ça.

M. Bellemare (Réjean): Et on pense que, dans sa structure actuelle, le régime universel est en danger. D'un autre côté, on l'a dit dans notre mémoire, on se négocie des très bons régimes d'assurance et on pense qu'il y a des dangers aussi pour l'emploi et l'industrie de l'assurance, au Québec, particulièrement, et il y a aussi un danger pour l'augmentation des coûts des autres régimes négociés parce qu'ils partagent une partie des charges des assureurs. Donc, on n'a pas trouvé la solution à ce qu'on pourrait appeler la quadrature du cercle, un régime public universel accessible à plus de monde possible et en même temps le régime mixte qui nous permet d'aller chercher, nous, dans nos conventions, des bonnes choses.

M. Roy (René): Il y a aussi le fait que, nous, on négocie avec les employeurs, puis on les fait payer, on leur fait payer les régimes.

Mme Marois: Oui, bien, c'est ça. Je sais ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy (René): En faisant un régime général...

Mme Marois: C'est bon! C'est bon!

M. Roy (René): Mon ami Guay, à côté, qui est dans l'aviation, là, il est directement dans le privé... On fait payer les employeurs. Aux États-Unis, on fait payer les employeurs.

Mme Marois: Oui.

M. Roy (René): Puis, si on les désengage complètement... On sait que les employeurs, ce n'est pas eux autres qui paient le plus d'impôts, hein. Ce n'est pas pour rien que les organisations patronales ont de la misère à faire des réunions, ils sont tellement bien au Québec qu'elles ont de la misère à en demander plus. J'exagère un peu.

Mme Marois: Ha, ha, ha! C'est une façon de voir.

M. Roy (René): J'exagère un peu, mais ça nous achale un peu que les employeurs se désengagent. Ça fait que, nous autres, on voudrait les garder. Parce que, nous, on négocie avec eux, ils sont obligés de nous en donner un peu, hein.

Mme Marois: Oui.

M. Roy (René): Ils sont obligés. Alors que, si on envoie complètement ça sur le régime général, il faudrait prévoir en tout cas que les employeurs demeurent des participants d'une manière...

Mme Marois: Ou soient amenés à contribuer d'une façon quelconque.

M. Roy (René): Soient amenés à contribuer pour le régime. Robert, tu veux rajouter quelque chose?

M. Guay (Robert): Oui, si je peux, Mme la ministre.

Mme Marois: Bien sûr.

M. Guay (Robert): On a déjà vécu le désengagement partiel des employeurs en ce qui a trait à nos retraités. Avec la venue du régime public, les employeurs en ont profité, d'un pas alerte, pour se désengager et domper les retraités sur le régime public, d'où les coûts additionnels que nos retraités subissent maintenant. Et on ne voudrait pas que cela continue à arriver dans un système où est-ce que finalement les employeurs en profiteraient pour prendre la grande avenue, pour dire: Bon, bien, maintenant que c'est public, on se désengage complètement des coûts.

On a assez de problèmes comme c'est là avec nos retraités qui ont subi des pertes énormes ou des augmentations de coûts auxquelles ils n'ont pas pu s'adapter et qui ont dû s'en aller au régime public. Parce que ce n'est pas tout le monde qui a la chance d'être dans le secteur d'activité que je représente, ce n'est pas tout le monde qui a des pensions indexées, ce n'est pas tout le monde qui a des régimes d'assurance mur à mur comme chez Air Canada ou à Canadair. Donc, il faut penser à tout le restant de nos membres qui subissent ces augmentations du coût de la vie.

Mme Marois: Oui, exactement. D'ailleurs, dans votre mémoire, vous abordez justement, particulièrement à la page 7, un certain nombre de mesures un peu plus précises et un peu plus pointues. Vous dites: «Une autre lacune du régime mixte réside dans l'obligation, pour les travailleurs saisonniers et les retraités de moins de 65 ans, d'adhérer en tout temps à l'un ou l'autre des régimes.» Est-ce que, par rapport à l'expérience que vous avez dans vos propres rangs, vous pensez qu'il serait souhaitable que les retraités continuent d'être couverts par les régimes privés?

M. Roy (René): Absolument. Et ça, les employeurs se sont dépêchés à les sortir, hein, à les renvoyer. Parce que, avant ça, on les avait forcés, par la négociation, à les avoir sur le régime, le régime de l'entreprise, et puis évidemment que les jeunes travailleurs se trouvaient à payer une prime plus élevée pour garder leurs aînés sur

cette liste-là. Mais ça n'a pas été long qu'il y a des compagnies comme Bell Canada qui nous ont avisés rapidement qu'à 65 ans c'était le régime public et ce n'était plus le régime privé. Ça a fait l'affaire des travailleurs plus jeunes parce que les primes ont baissé. Alors, vous voyez? Mais c'est le gouvernement...

Mme Marois: Oui. Mais ce n'est pas bien bon pour la solidarité intergénérationnelle, par exemple. C'est ça.

M. Roy (René): Oui. Vous voyez qu'à ce moment-là c'est le gouvernement qui a ramassé, le régime a ramassé, de là l'augmentation des coûts, ce qui a ramassé les plus spendieux.

Mme Marois: C'est sûr, à cet égard-là. Voulez-vous ajouter... Non, je suis tout à fait consciente de ça. D'ailleurs, les prévisions, au départ, c'était 1,2 million d'adhérents au régime puis on est presque à 1,6 million, alors ça a été la règle évidemment qui s'est appliquée. Et c'est normal aussi qu'il coûte assez cher, le régime public tel qu'il est, parce que ce sont les personnes qui ont le plus grand besoin, et c'est normal, parce qu'on est un peu plus âgé, on a un certain nombre de problèmes de santé qui apparaissent et donc accès à des médications qui sont assez coûteuses, ça va de soi. Ça va, pour l'instant, M. le Président, je reviendrai.

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

M. Marcoux: Merci, M. le Président. Merci pour votre mémoire et merci pour votre présentation. Peut-être simplement un commentaire ou vous questionner évidemment sur le court délai qui a prévalu entre le dépôt des pistes de révision et la tenue de la commission parlementaire, surtout la date de dépôt des mémoires. Je pense bien que l'explication est assez simple. Lorsqu'on veut une vraie consultation, on donne le temps aux groupes concernés de pouvoir élaborer leur position.

C'est toujours facile d'élaborer toutes sortes de scénarios, dont certains relèvent un peu de la catastrophe, et de dire après: Bien, écoutez, regardez, ce n'est quand même pas si mal, on va revenir à des montants qui sont moins élevés que ceux qu'on a indiqués. Donc, on va doubler les primes? Ils disent: Non, non, on va seulement les augmenter un peu, et avec un impact négatif.

Vous dites que, d'une part, vous ne semblez pas d'accord avec l'augmentation des primes, ou pas nécessairement. Vous recommandez plutôt, vous dites, la mise en place d'un groupe de travail qui aura pour tâche de réviser le fonctionnement et le financement du régime d'assurance médicaments. Or, la ministre nous a déjà annoncé que son choix était fait, elle augmenterait les primes. Comment vous réagissez à cet égard-là?

M. Roy (René): Écoutez, je vais dire deux, trois mots. On a dit ce qu'on avait à dire sur la rapidité. On

comprend que le gouvernement, si je ne me trompe pas, a vu une facture de quelque 300 millions. Si je ne me trompe pas, je pense que c'est ça, Mme la ministre?

Mme Marois: Oui, c'est presque ça.

M. Roy (René): Alors, on comprend un peu qu'ils aillent vite, peut-être, les financiers du gouvernement, mais, nous, on est sûrement en faveur de prendre plus de temps, et c'est pour ça qu'on recommande un comité. Tu voulais parler de l'augmentation des primes?

M. Bellemare (Réjean): Oui, sur l'augmentation des primes, pour nous, l'augmentation des primes se traduit presque nécessairement par une réduction de l'accès aux médicaments. Ceci dit, ça ne change rien au problème financier dont on parlait tantôt. Donc, on pense que l'augmentation des primes est une voie cul-de-sac: on peut faire un petit bout dedans, mais on ne pourra pas aller très loin et on va se retrouver ici dans deux, trois ans, peut-être un peu plus tard si tout va bien, avec le même problème d'accès aux médicaments.

Donc, ça demande une réflexion plus large: Est-ce que c'est une prestation sociale? Comment on peut intégrer les régimes privés et le régime public? On parlait tantôt de clientèles, retraités, assistés sociaux, d'un côté, privé, de l'autre. On est conscients de ça, mais on n'a pas de solution. Si on avait une solution, on serait beaucoup plus à l'aise pour vous en parler. Mais on pense qu'il faut prendre le temps d'analyser ça.

À court terme, il y a un problème de financement. On peut peut-être aller voir par des augmentations de primes. Il ne faudrait pas réduire l'accès aux médicaments; c'est notre problème. On n'a pas trouvé de solution très claire à ce problème-là.

M. Marcoux: Vous me permettez, M. le Président, ça serait simplement une question d'information et de précision à M. Roy, et je vais passer la parole, après ça, à mes collègues. Vous parliez d'un 300 millions, est-ce que j'ai bien compris, M. Roy? Vous avez parlé...

M. Roy (René): Bien, c'est un peu ma connaissance à moi. Qu'on me corrige, mais je pense...

Mme Marois: En fait, c'était 158 millions puis, l'année suivante, c'est 224 millions, alors, effectivement, sur deux ans, c'est une hausse de plus de 300 millions, la contribution gouvernementale. Puis le fonds lui-même de l'assurance, c'est 67 millions cette année et un risque de 110 millions l'an prochain. Alors, l'un dans l'autre, c'est plus important que ça encore, en termes de hausse de coûts.

● (16 h 50) ●

M. Marcoux: Mais je voudrais peut-être quand même distinguer pour mettre les choses claires. Il y a deux volets dans le régime d'assurance médicaments donc, le volet des prestataires d'assistance sociale et des personnes âgées. Et, celui-là, seulement préciser, quand le

gouvernement nous parle d'un déficit — parce qu'on mêle toutes les affaires — dans le budget 1999-2000, les crédits, les dépenses étaient les mêmes que les dépenses réelles en 1998-1999. Or, on sait très bien, en partant depuis 10 ans, que le coût des médicaments, il est en augmentation d'à peu près 10 %, 12 %, 14 %. Alors, je pense que c'est important à préciser, ça. Et c'est bien sûr que, si, au début de l'année, les crédits qu'on prévoit dépenser sont égaux à la dépense réelle de l'année précédente, ça ne marchera pas à la fin de l'année. Quand on regarde, depuis 1996 — ce n'est pas nous qui le disons, ce sont des organismes qui sont venus qui l'ont calculé — à cet égard-là, quand même, le gouvernement a économisé 100 millions, de 1996 à 1998, 1999. Alors, je pense qu'il faut replacer quand même un peu les paramètres dans le contexte de ça.

M. Bellemare (Réjean): La ministre l'a mentionné au début, on l'a aussi mentionné dans notre mémoire qu'il y avait, dans l'exercice de départ de la mise en place du régime d'assurance médicaments, un exercice comptable, financier, on voulait économiser. Ceci dit, ça n'empêche pas que le régime a été quand même un apport important à la prestation de service social. Donc, on reconnaît, puis on l'a déjà dit dans notre mémoire en 1996, que le gouvernement avait un objectif d'économie. Ça n'empêche pas qu'on a un meilleur régime en place présentement et qu'il y a toujours un problème financier. Mais je partage votre avis que le gouvernement a économisé sur le dos des plus démunis.

M. Roy (René): On demande au comité de regarder ça — vous avez un bon point — les gens de 65 ans et plus et les gens de la sécurité du revenu qui avaient l'accès gratuit auparavant. Mais on demande en même temps aussi d'avoir une politique sur l'utilisation des médicaments. Le groupe avant nous en a parlé sur les problèmes qu'a causé l'accès aux médicaments gratuit. Alors, il y a une politique à mettre sur pied là-dessus aussi.

M. Marcoux: Simplement préciser, là-dessus, je pense que tout le monde est d'accord. Le ministre de l'époque, en 1997, avait dit: Oui, c'est important, on va mettre ça en place. Et on doit constater aujourd'hui qu'il n'y a rien de fait.

Le Président (M. Beaumier): Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Oui. Merci, M. le Président. Un peu dans la même voie, parce que vous commencez votre mémoire en parlant de l'improvisation du gouvernement quand il a implanté le régime, et là vous leur dites: Wo! faites attention, ne faites pas encore la même improvisation actuellement que vous avez faites quand vous l'avez implanté parce qu'il y a des gens qui ont souffert dans cette précipitation-là. Nous, on a parlé, à l'époque, de travail bâclé et guidé parce que, à l'époque, le ministre de

la Santé, lui, ce n'était pas d'implanter un système pour améliorer la qualité de vie des gens, mais c'était plutôt guidé par la commande qu'il avait reçue du ministre des Finances et du président du Conseil du trésor, la commande de 200 millions à récupérer dans la première année pour arriver à l'obsession du gouvernement, à l'époque, du déficit zéro. C'est pour ça qu'on a implanté ce système-là, vous l'avez très bien précisé, c'était des impératifs financiers.

La ministre, dans ses remarques tantôt, lors de son échange avec vous, elle a admis qu'il y avait — je l'ai écrit pour ne pas me faire dire que je change les mots — des petits problèmes dans le système. Moi, je serais tentée de répondre à la ministre: Quand vous êtes pauvre, vous êtes une personne âgée, que vous n'avez pas d'argent ou que vous êtes à faibles revenus, les petits problèmes dont la ministre parle dans le système se transforment malheureusement pour ces gens-là en une situation dramatique, une situation souvent tragique où les gens ne peuvent pas se procurer leurs médicaments pour leurs besoins essentiels, pour leur santé.

J'aimerais savoir si vous êtes prêts à joindre votre voix aux différents groupes, dont la Conférence des régions régionales, la Coalition de l'assurance médicaments, les gens des CLSC, des centres de soins de longue durée, le Protecteur du citoyen, pour demander au gouvernement de rectifier le tir — parce que la ministre tantôt, elle a dit qu'elle était prête à faire des correctifs à son système — pour remettre la gratuité aux plus démunis du Québec.

M. Roy (René): On l'a touché dans notre mémoire. Si vous avez regardé notre mémoire là-dessus, on l'a dit, mais on l'a dit dans le cadre d'un comité de travail. Et vous avez raison de dire que, nous, on veut que, cette fois-ci, on prenne plus de temps à regarder l'ensemble de ce dossier-là. Tout en étant très favorables à ce retour à la gratuité pour les gens de 65 ans et les gens sur la sécurité du revenu, on parle en même temps aussi d'une politique de l'utilisation des médicaments, comme on vient de le mentionner, parce qu'il y a certains problèmes. Et je pense qu'il y a des groupes qui l'ont souligné ici. Ça n'a pas été l'objet de notre mémoire aujourd'hui, ici, de parler de ces problèmes-là, à l'utilisation gratuite des médicaments, mais ils sont vraiment sérieux et méritent qu'on s'y penche, et c'est absolument quelque chose qu'on veut qui soit regardé. Veux-tu rajouter là-dessus? Non?

Mme Loiselle: Dans le groupe de travail que vous demandez au gouvernement de mettre en place, vous dites, à la fin: «Ce groupe devrait automatiquement inclure des représentants de la population.» Parce que, moi, j'aurais une grande inquiétude à savoir que le ministre des Finances préside le comité en sachant qu'il cache des choses importantes et essentielles à la ministre responsable de la Santé. Alors, qui voyez-vous sur ce comité-là, pour que les décisions qui seront prises ne soient pas seulement prises pour des impératifs financiers pour aider le gouvernement à réparer les problèmes qu'il a lui-même causés?

M. Roy (René): On voit, sans conclure de la même façon que vous, là...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy (René): ...que les partenaires réguliers qui traitent avec le gouvernement... Puis, nous, bien, c'est les centrales syndicales, de notre côté, plus les différents groupes qui sont impliqués dans la santé.

Mme Loiselle: Parce que vous voyez des gens, comme la Coalition de l'assurance-médicaments, qui, depuis le début de l'implantation du régime, dénoncent les problématiques importantes du régime?

M. Bellemare (Réjean): Quand on parle de partenaires, on parle, c'est sûr, des centrales, des employeurs, qui vont sûrement être mêlés aussi là-dedans, des décideurs, vous, les parlementaires, mais on parle aussi de la population de façon générale, les groupes populaires, les groupes de malades, les associations représentant les malades, les gens impliqués dans le domaine, pharmaciens aussi — c'est un domaine assez spécialisé, pour avoir fouillé un petit peu, je n'ai pas tout suivi — donc quelques experts. Mais, effectivement, on regarde, pour avoir le meilleur système possible pour donner un accès aux médicaments, de régler la question du financement. Donc, il y a un aspect financier relié à ça. Et, pour nous, ça fait partie de l'offre publique de santé. Donc, on aurait sûrement des gens de la santé, chez nous, qui seraient intéressés à participer à un tel comité.

Mme Loiselle: Merci.

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

Mme Marois: Oui, merci, M. le Président. Vous aurez compris que ça n'avait pas été leur obsession, le déficit zéro, lorsqu'ils étaient au gouvernement, compte tenu qu'ils nous en ont laissé un de 5,7 milliards. Alors, il a fallu le régler.

Mme Loiselle: ...

Le Président (M. Beaumier): La parole est à la ministre.

Mme Marois: Oui. Et maintenant on joue du pharisaïsme un peu, en disant que nous ne réglons pas les problèmes comme eux les réglaient. Ils en causaient plutôt qu'ils en réglaient. Mais enfin, cela étant, ça me fait plaisir de vous demander, sur la question entre autres des critères proposés pour la révision de la liste des médicaments... Alors, vous semblez être un peu craintifs ou sceptiques, je dirais, sur le fait qu'on utilise certains critères. Parce qu'on veut pouvoir essayer d'abord d'intégrer le Conseil consultatif de pharmacologie et d'intégrer aussi le comité sur la révision de l'utilisation du

médicament et en même temps évidemment de réviser les outils qui vont être à leur disposition pour intégrer à la liste de nouveaux médicaments. Alors, sur cette question-là, en particulier.

M. Bellemare (Réjean): Comme vous avez remarqué, on n'a pas dit qu'on était contre les critères, mais qu'on s'inquiétait de l'utilisation et de la priorité qu'on leur donnerait. Effectivement, les critères économiques et sociaux sont importants. On pense que ça manque dans l'évaluation. À titre d'exemple, un médicament coûtant 10 fois plus que l'autre et n'apportant pratiquement rien au traitement, on pourrait se demander si on doit l'inclure automatiquement sur la liste ou non. Mais, entre ça et dire: Un médicament, parce qu'il va être trop utilisé, il va coûter trop cher au système, et on ne tient pas compte des effets bénéfiques qu'il peut avoir sur la population, il y a une marge. Donc, jusqu'à quel point cette marge-là va être grande, c'est un peu ça, qui nous inquiète.

• (17 heures) •

Mme Marois: Oui, d'accord, je comprends bien. Dans la pratique et l'expérience que vous avez actuellement des régimes privés, auxquels beaucoup des employeurs contribuent, dans le cadre des négociations que vous avez avec eux, est-ce que vos travailleurs ont des difficultés sur la question des remboursements de coûts de médicaments, des coûts de médicaments plus coûteux aussi? J'ai été un peu étonnée, dans les derniers jours, je crois, mardi, on a eu un groupe qui nous a signifié que, même, on résistait parfois à vouloir rembourser des médicaments qui pourtant étaient tout à fait inscrits à la liste, mais que ça causait des problèmes avec leur assureur. Est-ce que vous vous retrouvez avec des situations comme celles-là?

M. Guay (Robert): Bien, à certains endroits, ça arrive. Ça dépend des régimes. Ça dépend des définitions des régimes. Il y a certains médicaments qui sont exclus automatiquement dans certains régimes, oui. Ça dépend comment c'est négocié puis des coûts des régimes aussi. Il y a des régimes mixtes dans le sens que c'est payé moitié-moitié par l'employeur et les employés. À ce moment-là, il y a certains services qui peuvent être exclus. Il y a des services qu'on appelle «à la carte». On n'aime pas ça, là, mais ça fait partie de la vie aussi. Il y a des limites à ce qu'on peut payer. Les pharmaciens, pas les... en tout cas, sont très gourmands. Lorsqu'on a 2 % d'inflation, les médicaments montent de 14 %, 16 %, donc il y a un problème quelque part de cohérence dans le système. Mais, de façon générale, la vaste partie des médicaments ne sont pas exclus, peut-être certains. De là le paiement, bon. Le paiement, c'est un autre problème. La majorité des grands régimes qu'on a, nous, en tout cas, à mon syndicat, il n'y a pas de problème de paiement. Il y a certains retards, à certains temps, à certains points. Il y a peut-être certains médicaments qui vont être questionnés aussitôt que les personnes qui ont prescrit le médicament donnent des précisions. Il n'y a pas de problèmes majeurs, mais il y a certains problèmes particuliers, comme dans tous régimes.

Mme Marois: Il y a des gens qui sont venus aussi nous dire que, compte tenu que dans les régimes privés on offrait d'autres types de couverture, finalement, ça coûtait plus cher aux assurés, à ce moment-là, pour bénéficier et d'un régime d'assurance médicaments et d'autres aspects qui avaient été négociés dans le régime et que certains auraient souhaité qu'on différencie, dans les privés, le fait qu'il y ait un régime qui couvrirait l'assurance médicaments, qui serait comparable en termes de couverture à celui qui est offert — c'est une obligation de toute façon, là — au public, mais qu'on n'oblige pas à participer nécessairement à l'autre partie des avantages offerts dans le régime d'assurance.

M. Guay (Robert): Bon, ça, ça serait de l'assurance privée à deux vitesses...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Guay (Robert): ...puis il n'est pas question non plus de ça. Lorsqu'on négocie pour nos membres, on veut mieux que le régime public. C'est voulu, on essaie de négocier plus d'avantages. On pense que le régime public, c'est la base et que, si on négocie puis qu'on peut avoir mieux, tant mieux. Il y a des coûts additionnels pour l'employeur et pour nos membres, mais, ça, s'ils l'ont choisi, c'est eux autres qui votent là-dessus.

Mme Marois: C'est ça. Dans le fond, dans tous les régimes, de toute façon, quand vous êtes en négociation, vous avez des mandats de vos membres.

M. Guay (Robert): Exact.

Une voix: Merci beaucoup.

M. Roy (René): ...aller chercher du Viagra...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy (René): ...moins couvert, moins souvent. Il y a Mme Amiot, on va lui laisser...

Mme Marois: Ce n'est pas couvert, nous, dans le public.

Mme Amiot (Suzanne): Ce qui est compliqué aussi et c'est vrai qu'on peut avoir des demandes des travailleurs, surtout quand ils sont précaires ou qu'ils sont ce qu'on appelle «des intermittents» où, là, ils doivent payer, le temps qu'ils ne travaillent pas, les deux parties, parce qu'ils ne peuvent plus être exclus, et là ils voudraient faire scinder... Mais c'est sûr que, si vous êtes jeunes, vous dites: Ah! je ne serai pas malade. Mais plus les gens avancent en âge généralement, ils sont moins réticents à payer les deux parts, même si ça leur coûte beaucoup plus cher, parce que, là, il y a des risques plus grands ou ils ont des familles puis ils ne prendront pas de risque. Et je pense qu'il faut comme expliquer aussi que,

quand on a une assurance, ce n'est pas juste une assurance...

Mme Marois: C'est le principe de la solidarité intergénérationnelle aussi.

Mme Amiot (Suzanne): ...de vie puis c'est la solidarité entre tout le monde. Mais c'est sûr que c'est très coûteux pour les gens à statut précaire ou intermittent, parce qu'à ce moment-là l'employeur ne paie pas sa part, lui, pendant l'été et une personne qui se ramasse avec une double facture d'assurance, qui est sur l'assurance emploi à 50 %, 52 % de son salaire, je vais vous dire que c'est difficile.

Le Président (M. Beaumier): Je me dois d'interrompre. Merci beaucoup, Mmes, MM. les représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Et j'inviterais le Regroupement des consultants en avantages sociaux du Québec à se joindre à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Beaumier): S'il vous plaît, pour pouvoir terminer, nous devons commencer. Alors, le Regroupement — c'est une grande sagesse — des consultants en avantages sociaux du Québec, bonjour. Alors, bonjour. Est-ce que quelqu'un pourrait se présenter et présenter ses collègues?

Regroupement des consultants en avantages sociaux du Québec (RCASQ)

M. Therrien (Yves): Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour.

M. Therrien (Yves): Bonjour, Mme la ministre. Bonjour, mesdames et messieurs membres de cette commission. On vous remercie de nous accorder la possibilité d'exprimer nos réflexions sur notre régime d'assurance médicaments.

Pour débiter, je vais vous présenter les gens qui m'accompagnent. À ma droite, Me Yves Le May, secrétaire et conseiller juridique du Regroupement des conseillers en avantages sociaux du Québec, et, à ma gauche, M. Michel Paquet, vice-président du Regroupement, administrateur de la Chambre de la sécurité financière et responsable des réflexions de notre regroupement sur l'assurance médicaments.

Le Président (M. Beaumier): Je soupçonne que vous êtes M. Therrien.

M. Therrien (Yves): C'est M. Therrien...

Le Président (M. Beaumier): Ah! Pas pire!

M. Therrien (Yves): ...et je suis président du Regroupement des consultants.

Le Président (M. Beaumier): Ha, ha, ha! Alors, allons-y. Ha, ha, ha!

M. Therrien (Yves): Bon. Bien, pour commencer, le Regroupement des conseillers en avantages sociaux du Québec, je vais nous présenter un petit peu.

On est une jeune association qui est née en 1997. Le RCASQ, ou Regroupement des consultants, s'est donné comme objectif de regrouper les conseillers en assurances et rentes collectives. Aujourd'hui, par l'entremise de nos membres réguliers et de nos membres corporatifs, le RCASQ est en contact avec la grande majorité des 4,5 millions de personnes assurées par le secteur privé du Québec. Nos membres réguliers sont des conseillers en assurances collectives, dont la tâche consiste à conseiller les preneurs de contrats collectifs, que ceux-ci soient employeurs, syndicats ou associations. Notre tâche consiste également à informer et assister leurs employés ou leurs membres et à négocier avec les assureurs les meilleures conditions possibles pour nos clients et leurs adhérents. Les conseillers membres du RCASQ sont les premières personnes-ressources disponibles et accessibles pour les adhérents d'un régime privé.

Aujourd'hui, nous ne ferons pas la lecture intégrale de notre mémoire, on va plutôt développer ce que nous considérons être les points essentiels de celui-ci. Permettez-moi auparavant de souligner la grande satisfaction du RCASQ, de ses membres et de leurs clients envers le régime général d'assurance médicaments. Nous considérons que le régime général a apporté à la très grande majorité des gens beaucoup plus de bienfaits que d'inconvénients. Malgré notre satisfaction vis-à-vis le régime, celui-ci est perfectible, et ça, à plus d'un égard. Le régime d'assurance médicaments doit être amélioré en conservant, développant ou en accentuant davantage le respect des valeurs suivantes: l'équité entre les personnes à faibles revenus et celles bénéficiant de revenus plus importants; la solidarité entre les gens en santé et ceux qui ont à encourir des frais très élevés de médicaments; le partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

La première correction devant être apportée au régime d'assurance médicaments concerne le financement du régime public. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a souvent exprimé son inquiétude vis-à-vis les déficits du régime d'assurance médicaments, et je ne crois pas me tromper en affirmant que cette inquiétude est partagée par un grand nombre d'intervenants. Par contre, la question du financement va plus loin que déterminer que la nouvelle prime du régime général sera de 275 \$, comme proposé dans le scénario 2, de 325 \$, comme proposé dans le scénario 4, ou autres. Bien que notre position se rapproche davantage du scénario présenté au numéro 4, nous croyons que chacun des quatre premiers scénarios comporte des avantages et des inconvénients. Mais, si nous nous contentons de fixer une nouvelle prime sans fixer des paramètres de révision automatique de la prime, tout sera à recommencer dans quelques années.

Faisons un bref rappel historique. La prime du régime public d'assurance médicaments fut fixée en 1996.

Elle le fut à ce moment, sans qu'on ait des données exactes sur la consommation du quelque 1,5 million de nouveaux adhérents. À l'époque, on attendait 1,2 million, il y a eu finalement plus de 1,5 million. Depuis ce temps, le coût des réclamations médicaments a grimpé en flèche partout au Canada comme dans le reste du monde. Ce n'est pas un phénomène qui est propre au Québec; c'est un phénomène qui est mondial. À chaque année, les régimes privés ont dû réviser leurs primes en fonction de la croissance du nombre de réclamations et de celle des coûts des médicaments. Le régime public, quant à lui, n'a jamais révisé sa prime. En conséquence, le régime public connaît un déficit inquiétant, et, sans un sérieux coup de barre au régime, la situation risque de s'aggraver de plus en plus.

• (17 h 10) •

Au RCASQ, nous croyons au régime public d'assurance médicaments, mais nous voulons faire en sorte que les générations futures puissent aussi en bénéficier. Pour ce faire, il est impératif que nous prenions immédiatement les moyens pour régler le sous-financement actuel. En plus de mettre en péril le futur du régime public, ce sous-financement soulève un véritable problème d'équité sociale. Nous avons, d'un côté, le secteur privé qui doit ajuster la prime de ses adhérents en fonction de la consommation de chaque groupe, alors que, de l'autre, le secteur public se contente d'une prime maintenue artificiellement à un niveau subventionné pour l'ensemble de ses adhérents.

Le régime public a-t-il vraiment fait le choix de subventionner tous ses adhérents, même ceux à revenus élevés? En poussant ce raisonnement à l'extrême, nous pourrions conclure que les salariés à faibles revenus participant à un régime privé subventionnent, à même la taxe sur les primes d'assurances collectives, la prime réduite du régime public d'un salarié à hauts revenus. En conséquence, nous recommandons que le régime public d'assurance médicaments soit un véritable régime d'assurance et que la révision de sa prime soit effectuée de la même façon que dans le régime privé. De cette façon, les sommes recueillies en primes d'assurance seront affectées au paiement des réclamations des assurés et les primes déterminées en fonction des réclamations seront ajustées à chaque année pour éviter une accumulation de déficits. Les paramètres et formules d'ajustement de la prime du régime public devraient être fixés par règlement et connus du public. Cela favoriserait une plus grande transparence et faciliterait une meilleure compréhension des adhérents au régime.

Dans la première partie de notre exposé, nous avons abordé le grave problème du déficit du régime public et suggéré de facturer à chaque adhérent le coût de la prime réelle. À notre avis, c'est là le seul moyen d'assurer la survie du régime public. D'autre part, rappelons que le régime public avait introduit, lors de son entrée en vigueur, le concept d'un congé de primes ou de primes réduites pour les salariés à faibles revenus adhérant au régime public. Comme le scénario 4 présenté dans les *Pistes de révision*, nous croyons à la nécessité d'une forme d'assistance pour les adhérents à faibles revenus.

Cependant, nous suggérons de remplacer l'aide actuelle par un crédit d'impôt. Et nous allons encore plus loin: nous sommes d'opinion que ce crédit doit être donné à tous les salariés à faibles revenus, que ceux-ci adhèrent à un régime privé ou au régime public. Le plus grand défaut du régime général d'assurance médicaments actuel est son iniquité dans le traitement des adhérents à faibles revenus. D'un côté, les adhérents au régime public ont droit à une subvention complète ou partielle de leur prime en fonction de leurs revenus, tandis que les adhérents à un régime privé doivent assumer pleinement leur prime, et ce, même si le régime d'assurance médicaments a entraîné par ses modalités une hausse des primes du secteur privé.

Pour donner certains exemples de la hausse des primes, pensons entre autres à la mutualisation et au transfert de certains médicaments coûteux au régime privé. Nous ne comprenons pas le raisonnement qui fait que deux travailleurs gagnant exactement les mêmes revenus soient considérés dans le régime public comme n'ayant pas un revenu suffisant pour contribuer au régime public d'assurance médicaments, alors que, de l'autre, dans le régime privé, le travailleur avec le même revenu doit faire face seul aux déboursés de son assurance privée. Pourtant, nous parlons de deux travailleurs ayant exactement le même profil: mêmes revenus, même nombre de personnes à charge, même ville de résidence. Seule leur adhésion à un régime d'assurance privé ou public porte à discrimination. Comment on peut justifier cette aberration?

Nous discriminons ainsi à l'égard de la partie de la population la moins favorisée en fonction de son adhésion à un régime privé d'assurance. Nous sommes également surpris que, dans les différents scénarios présentés, cette solution soit envisageable dans le scénario 5, où on parle de privatisation du régime des adhérents, mais oubliée dans les quatre premiers scénarios. En plus de l'iniquité de l'aide actuelle aux plus démunis, cette pratique risque à long terme de déséquilibrer le partage public-privé. En effet, si cette politique perdure, le régime public sera de plus en plus attrayant pour les personnes à faibles revenus qui n'ont pas de prime à payer. Et, comme les régimes privés, de part la loi, permettent la discrimination par catégorie d'emploi, nous risquons de voir de plus en plus apparaître des régimes qui excluront ces faibles salariés. Exclut du régime d'assurance de leurs employeurs, les salariés à faibles revenus devront en outre se priver de plusieurs protections fort importantes telles que les frais médicaux complémentaires et l'assurance salaire.

Nous ne croyons absolument pas que cette nouvelle clientèle permettra au régime public d'améliorer sa rentabilité, car généralement les personnes à plus faibles revenus ont tendance à être de plus grands utilisateurs de médicaments. De plus, nous croyons que la discrimination envers les adhérents à un régime privé peut constituer un frein pour les prestataires d'assurance emploi ou d'assistance emploi à accepter un emploi à faible revenu lorsque ceux-ci apprendront qu'ils perdront leur gratuité au niveau de la prime et devront payer seuls dorénavant leurs primes d'assurance. L'uniformisation du crédit d'impôt à

tous les salariés à faibles revenus serait également plus simple à comprendre pour les personnes ayant un emploi précaire et qui alternent les périodes où elles adhèrent au régime public avec celles où elles adhèrent à un régime privé. Un crédit d'impôt serait aussi plus simple à gérer pour le gouvernement.

Sur cette problématique, nous formulons la recommandation suivante: que le crédit d'impôt soit accordé à toutes les personnes à faibles revenus, quel que soit le régime auquel elles adhèrent; que ce crédit d'impôt soit graduel en fonction des revenus de chacun; que les barèmes utilisés soient identiques pour le régime public et les régimes privés.

M. le Président, Mme la ministre, distingués membres de la commission, nous vous remercions.

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

Mme Marois: Alors, merci beaucoup, M. le Président. Je vous remercie de votre présentation. Je lisais votre offre d'aide et je serais prête à l'accepter. Vous dites que notre régime n'ayant pas connu de hausse, s'il devait en connaître, nous pourrions vous offrir notre assistance pour expliquer à la population pourquoi le régime public doit connaître une augmentation. Je vous remercie de votre proposition. Ça pourrait effectivement nous aider.

Non, mais je pense que vous faites la démonstration que, dans les faits — et d'ailleurs c'est l'objet de vos propositions — si c'est un régime d'assurance, il faut que son fonds soit en équilibre. Et puis, par comparaison, compte tenu des obligations faites à l'un et l'autre régime, qui sont les mêmes pour ce qui est de la couverture du médicament, évidemment si le régime privé est nettement plus coûteux pour l'adhérent, pour le participant, ça va créer un incitatif vers le régime public. On se comprend bien.

M. Therrien (Yves): On distingue deux choses: il y a l'aspect assurance et l'aspect assistance.

Mme Marois: C'est ça.

M. Therrien (Yves): On pense que, de base, c'est que quelqu'un qui a le moyen de payer sa prime devrait la payer. Quelle que soit cette prime, s'il a les moyens de la faire, qu'il le fasse. Qu'on ne fasse pas une discrimination envers les régimes privés.

Par contre, il y a des gens qui ont besoin d'aide, il y a des gens qui sont à faibles revenus, et on pense qu'autant les gens qui adhèrent au régime public que les gens qui adhèrent au privé ont droit à cette aide-là. Si, à 15 000 \$, avec un enfant à charge, pas de conjoint, j'ai besoin d'aide si j'adhère au régime public, si je m'en vais travailler en face puis il y a un régime collectif, pourquoi je perds cette aide-là? Les gens ne comprennent pas. Les employeurs qui ont des employés à faibles revenus, là, c'est difficile à expliquer pourquoi que, là, on leur offre de l'assurance puis leur cotisation augmente.

Mme Marois: En fait, vous n'êtes pas les premiers à le suggérer, mais c'est vous qui le faites de la façon la plus élaborée, je dirais. Vous démontrez très bien comment la différence entre les deux régimes fait en sorte que le travailleur à petits revenus, effectivement, n'est pas traité de la même façon que celui qui a un revenu qui vient d'un régime d'assistance ou qui adhère au régime mais qui est à très bas revenus. Et ça, c'est très évident.

La question que je me posais et que je me pose depuis le début — et je le dis sans ambages — notre régime est un peu compliqué. Je dis souvent aussi: Quand on cherche l'équité, ça ne peut pas être simple parce qu'il y a plusieurs facteurs à tenir en compte. Les régimes simples où on dit... Bien, le taux d'impôts unique, par exemple, ça a l'air très, très attrayant, mais c'est très, très injuste par rapport à des taux différenciés pour la progressivité, entre autres, et pour le fait qu'on partage un peu les richesses, bon. C'est mon point de vue. Vous pouvez peut-être faire des nuances, mais c'est simple, ce n'est pas compliqué, ça se comprend bien, c'est moins équitable. Plus on veut être équitable, plus on doit tenir compte de plusieurs facteurs et ça devient complexe.

● (17 h 20) ●

Alors, quand vous dites maintenant, en plus de ce qu'on connaît, coassurance, franchise, plafond de primes... Vous dites: On devrait aussi avoir un traitement fiscal qui s'ajoute à cela. Remarquez que c'est très séduisant au plan de l'équité, c'est très intéressant parce que, dans les faits, ça nous permettrait de se rattraper, là, pour vraiment mettre sur le même pied tous ceux et celles qui adhèrent au régime public, qui participent à un régime privé et même à l'assistance, dans le fond, pour les personnes âgées, entre autres, où on sait qu'à un certain niveau de revenu elles basculent vers la prime plus élevée et leur plafond monte. Alors, ça devient un petit peu... Mais, vous, ça ne vous embarrasse pas, tout ça, là, hein?

M. Therrien (Yves): Non, présentement, il y a quand même, là, un genre de crédit de prime qui s'applique au régime public. C'est ça, c'est que les clientèles du régime public et des régimes privés, ce n'est pas des clientèles étanches. On est sans emploi, on n'a pas d'assurance. On rentre dans une entreprise, ça prend quelques mois avant qu'on soit admissible. On commence à travailler, on est admissible à un régime privé. Donc, avec un même revenu, on peut se retrouver avec des périodes d'assistance et des périodes sans assistance, présentement. On pense que, si on établit des crédits d'impôt qui soient le même montant, quel que soit le régime auquel on participe... Supposons qu'on prend un des scénarios proposés, la prime est de 325 \$, le crédit maximum serait de 325 \$, même dans un régime privé, puis que la prime serait de 550 \$ ou de 600 \$, on pourrait accorder le même crédit de 325 \$.

Mme Marois: Tout à fait.

M. Therrien (Yves): Parce que le crédit, la prime qui est plus élevée est peut-être plus généreuse également.

Donc, il ne faut pas créer non plus d'iniquité en favorisant les régimes privés.

Mme Marois: D'une autre façon.

M. Therrien (Yves): Mais, si on accorde le même crédit d'impôt, bien, à ce moment-là, on va rétablir une certaine équité. On n'aura jamais de système parfait, mais on va la rétablir. Puis on peut mettre les crédits qui soient graduels, en fonction des revenus. Donc, un plein crédit de 325 \$ pour les gens à tel revenu, un peu moins de crédit pour les gens qui ont des revenus plus élevés. Donc, ça peut être quelque chose qui est simple.

Et le ministère du Revenu, qui a la charge de la collecte de la prime de l'assurance publique et qui accorde les crédits d'impôt... bien, je veux dire, une déclaration d'impôts, quel est votre revenu... Puis on ne se pose plus la question: Est-ce que vous adhérez à un régime public ou vous adhérez à un régime privé? On n'a plus cette question-là à poser. On n'a pas à savoir combien de mois vous avez été sur le régime public, combien de mois sur un régime privé. On accorde le même crédit. Donc, on simplifie ce qui existe actuellement. On le change, mais on ne le complique pas.

Mme Marois: Oui, je comprends. Oui, oui, dans un sens, ça simplifie. Pour les gens qui ont à saisir tous les aspects du régime, pour l'utilisateur du régime, là, ça peut être un peu plus compliqué. Mais ce n'est pas grave. Moi, à la limite, ça ne me dérange pas, je me dis: Si on arrive avec un régime qui est plus équitable, qui est plus juste, qui traite de la même façon les gens à un même niveau de revenus, peu importe leur source de revenus, je pense qu'on sort gagnant de ça, là. Ça demande de remanier un peu certains aspects évidemment du régime, parce que non seulement on a l'assurance, on a l'assistance puis on a une mesure fiscale. Alors, on joue sur quand même un bon nombre de tableaux.

Une dernière question à ce moment-ci, M. le Président, je reviendrai un peu plus loin. La détermination du prix des médicaments. En fait, vous suggérez qu'il y ait un seul mécanisme de détermination des prix des médicaments.

M. Therrien (Yves): C'est ça. Est-ce que c'est un honoraire négocié ou c'est le libre prix du marché? Je ne le sais pas lequel est le meilleur. Mais je trouve ça... On se questionne pour savoir pourquoi il y a deux systèmes. Si le meilleur système est l'honoraire négocié par le gouvernement pour un régime public, pourquoi ce n'est pas appliqué à tout le monde? D'ailleurs, les gens juste avant nous ont fait la même suggestion, ont posé la même question.

Mme Marois: Tout à fait. Oui.

M. Therrien (Yves): C'est: Quel est le système? Moi, je ne peux pas vous dire lequel est le meilleur. Mais, si un est moins dispendieux à la population, qu'on applique le même système.

Mme Marois: Donc, on appliquerait les prix qu'on paie, nous. On pourrait dire: C'est automatique, demain matin, c'est ce prix-là, ça ne peut pas être autre chose. C'est bon, ça. Ha, ha, ha!

Une voix: ...

Mme Marois: Non, c'est intéressant. Je comprends très bien. Ça a du bon sens. Mais là on contrôle pas mal le marché.

M. Therrien (Yves): Bien, écoutez, il y a peut-être l'Association des propriétaires...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Peut-être qu'ils aimeraient moins ça un peu, là, eux. Ha, ha, ha! Ça va? Je reviendrai, M. le Président.

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

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, M. Therrien et vos collègues. Merci de votre mémoire et également de votre présentation. Vous êtes des personnes qui avez une grande expérience dans tout ce secteur-là. Vous suggérez dans votre mémoire, notamment en ce qui a trait au financement, d'inclure dans la loi des paramètres et la formule d'ajustement de la prime. Or, la loi actuelle permet d'ajuster la prime.

M. Therrien (Yves): Oui, mais elle n'a pas fixé les paramètres.

M. Marcoux: La loi actuelle permet d'ajuster la prime. Elle peut être modifiée annuellement par règlement du gouvernement, c'est clair. Donc, s'il y avait nécessité d'ajustement, ça aurait pu être fait. Et deuxièmement, je voudrais voir comment, dans les régimes privés... parce que, si je comprends, dans les régimes privés — peut-être que j'ai une mauvaise perception — il n'y a pas d'ajustements automatiques. C'est-à-dire qu'il y a des évaluations qui sont faites une fois l'année terminée et il peut y avoir ou non ajustement et ça dépend de l'expérience. Donc, pourquoi? Déjà c'est prévu qu'on peut l'ajuster. Et quelles sortes de paramètres ou de formules d'ajustement... Parce que, vous savez, quand c'est dans une loi, le monde évolue à un moment donné, il y a des choses qui changent et là c'est une camisole de force, la loi. On ne vient pas modifier ça à tous les six mois. Alors, qu'est-ce que, vous, vous prévoyez?

M. Paquet (Michel): Dans la loi, vous êtes capable de pouvoir modifier, effectivement, le taux. Par contre, vous n'avez pas de déterminée de formule qui pourrait le faire de façon automatique. Dans les régimes d'assurances collectives, comme vous dites si bien, c'est vrai que c'est une formule qui sert à déterminer ça. Cette

formule-là, si on veut la simplifier à sa plus simple expression, on va dire, par exemple, que les primes doivent être égales aux réclamations, plus les frais d'administration. Et là on peut élaborer toute une formule avec tous les critères et toutes les bases actuarielles que ça prend pour pouvoir arriver à un coût global. On ne demande pas d'avoir une formule aussi élaborée que ça mais bien d'établir dans la loi les principes par lesquels on va modifier cette tarification-là. C'est trop facile de dire qu'on peut la modifier sans avoir les critères nécessaires pour le faire.

C'est la même chose dans un contrat d'assurances collectives. On a toujours le pouvoir dans un contrat d'assurances collectives ou de renouvellement ou même en cours de contrat, s'il y a lieu, dépendamment de certaines circonstances, de pouvoir modifier la tarification, mais on va utiliser une formule actuarielle qui va faire qu'à un moment donné ça devient presque un automatisme. Et là, une fois que l'automatisme est appliqué et qu'on arrive à un coût, c'est la libre entreprise de chacune des compagnies d'assurances, l'actuaire, les négociations qui vont rentrer en ligne de compte. Mais, dans le fond, la base même de la tarification, c'est une formule mathématique purement et simplement.

M. Le May (Yves): Je veux juste rajouter rapidement la raison fondamentale pour avoir une formule qui soit prévue d'avance. C'est pour éviter, pour la dépolitiser complètement, l'augmentation annuelle, qu'un parti qui doit aller en élection ou un autre, en tout cas, s'en serve à quelque fin que ce soit et pour éviter d'avoir à revenir à chaque année aussi avec des gens qui voudraient avoir la prime la plus basse possible ou la plus haute possible, en tout cas, avec tous ces pataclans-là, d'avoir un mécanisme qui soit automatique.

M. Marcoux: Mais dans le cas d'une entreprise, à un moment donné, l'entreprise peut retourner en appel d'offres. Si elle n'est pas satisfaite ou elle trouve, à un moment donné, que peut-être ça lui coûte trop cher, elle peut retourner en appel d'offres et là la concurrence va jouer et parfois il y a des différences qui peuvent être significatives, de mon expérience.

M. Therrien (Yves): Mais le principe reste le même. C'est qu'en bout de ligne, lorsqu'on parle d'assurance médicaments, c'est toujours des réclamations versus des primes. Il va se faire un jeu au niveau des frais administratifs entre les différents assureurs, mais ça demeure toujours le même principe. Une prime ne passera pas du simple au double en faisant un appel d'offres en assurance médicaments, ce n'est pas vrai. Les réclamations, l'historique d'un groupe reste là et c'est le même principe qui s'applique.

M. Paquet (Michel): Mais là, pour compléter cette réponse-là, vous aviez un marché libre de plusieurs compagnies d'assurances à un moment donné. Si je remonte voilà quelques années, on avait 20, 25 compagnies

d'assurances qui faisaient affaire dans l'assurance collective. Donc, la compétition était féroce. Donc, quand vous arriviez avec un taux, vous aviez beau avoir un taux manuel avec une formule bien établie, si vouliez vendre votre dossier, que vous vouliez le garder, il fallait que... Bon, O.K., la formule est là, c'est ça que ça vaut. Mais, pour des considérations x, y, z, on va changer puis on fait notre taux à plus bas. Ça ne veut pas dire que la formule n'était pas bonne, ça veut dire qu'à un moment donné, dans l'application, on ne pouvait pas le faire. Quand on arrive dans un régime d'assurance médicaments où ça s'applique à l'ensemble de la population, il n'y a pas de question de profit ou de rentabilité ou de quoi que ce soit. C'est purement une question d'équité, à dire: On paie pour un produit, puis c'est toute la population ensemble qui est assurée sur ce produit-là qui va payer avec les frais d'administration que le gouvernement aura décidé d'établir en fonction de ça.

Ce n'est pas la libre concurrence à ce moment-là, ce n'est pas un choix que l'individu a, c'est une obligation d'adhérer au régime. Puis je pense que, sauf si je me trompe, c'est une des premières fois où les individus comme tels sont facturés directement pour un service. On va voir des entreprises qui ont été facturées pour des services, des entreprises et des employeurs. Mais directement, là, des individus qui sont, sur le rapport d'impôts, facturés personnellement, là, je pense qu'on n'a pas vu ça souvent. Mais ce n'est pas la libre entreprise, c'est un choix de société qu'on a fait.

● (17 h 30) ●

M. Marcoux: Peut-être une deuxième question sur les employés saisonniers, étudiants ou autres. Des groupes nous ont signalé qu'il y avait des problèmes. Vous dites, vous: Il n'y a pas de problème, dans le fond, à cet égard-là, présentement, le fait que les employés saisonniers, étudiants, là, puissent être obligés de continuer à payer le régime collectif pendant qu'ils sont sur le chômage ou qu'ils n'ont pas d'emploi ou qu'ils sont sur la liste de rappel. Et vous dites: La loi permet aux employeurs de discriminer dans la couverture... La loi actuelle est suffisamment souple pour laisser aux entreprises et aux syndicats le soin de régler le problème à l'intérieur des conventions collectives. Donc, ce n'est pas un sujet qui pose problème dans l'application de tous les jours?

M. Therrien (Yves): Non. Les conditions d'admission d'un employé ou d'un autre... On ne peut pas faire de discrimination personnelle. On ne peut pas dire que tel individu n'est pas assuré puis un autre est assuré. Mais il n'y a pas d'obligation pour une entreprise d'avoir un régime d'assurances collectives, il n'y a pas d'obligation pour un syndicat d'avoir un régime d'assurances collectives et il n'y a pas d'obligation à ce que toutes les catégories d'employés soient assurées. Ce sont les preneurs, qu'ils soient le syndicat, les employeurs, par convention collective, qui déterminent qui est assuré et qui ne l'est pas. Il y a des entreprises qui n'assurent pas les employés saisonniers. Ça existe. Généralement, lorsque les employés saisonniers sont assurés, c'est parce qu'il y a eu

une demande d'une majorité de leurs employés. C'est à l'intérieur d'une convention collective ou quoi que ce soit. On les assure ou on ne les assure pas, mais il n'y a pas d'obligation. Les assureurs n'ont pas d'obligation de les assurer, les preneurs n'ont pas d'obligation. C'est une classe d'employés, ça peut se définir, ça peut être exclu, ça peut être inclus.

C'est pour ça qu'on dit: Il n'y a pas vraiment de problème parce qu'il n'y a pas d'obligation à la loi à ce que des employés saisonniers soient couverts. Il n'y a pas d'obligation de couvrir tous les employés. C'est toujours par classe d'employés. La discrimination peut se faire par nombre d'heures, par nombre de mois travaillés par année, en autant que ce soit une discrimination qui est faite par classe. C'est sûr que, dans un groupe de personnes, il y a des gens qui vivent une situation puis certains, ça fait leur affaire, d'autres, ça ne fait pas leur affaire. Généralement, si une classe est couverte, c'est parce que ça faisait l'affaire de la majorité de ces gens-là.

M. Marcoux: Merci. Ma collègue...

Le Président (M. Beaumier): Merci. Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiseau: Messieurs, bonsoir, bienvenue. Je veux revenir sur votre proposition pour pallier à cette iniquité, quand vous parlez des contributions, que le gouvernement accorde un crédit d'impôt à toutes les personnes à faibles revenus. On sait que, présentement, des personnes à faibles revenus n'ont tellement pas de revenus et que justement elles ne sont pas capables de contribuer financièrement à ce qui est demandé comme contribution financière. On donnait l'exemple tantôt, avec d'autres groupes, de ce qui se passe avec l'organisme Jeunesse au soleil à Montréal, qui a des gens sur une liste d'attente pour obtenir la contribution financière. Ils ont été obligés de créer une fondation. Il y a des gens qui versent des dons pour un montant de 100 000 \$ par année pour aider justement ces gens-là à faibles revenus à payer leur contribution pour obtenir leurs médicaments, médicaments essentiels à leur santé.

Un crédit d'impôt, c'est que tu dois déboursier et, plus tard, tu reçois le crédit d'impôt. Mais, si au moment où on échange ici, il y a des gens à faibles revenus au Québec qui ne sont pas capables de déboursier pour obtenir leurs médicaments, comment vous... Il y a peut-être quelque chose que je n'ai pas saisi, là?

M. Therrien (Yves): Non. C'est que, nous, notre crédit d'impôt, on l'applique à la prime, on ne pense pas aux contributions qui sont la franchise et la coassurance. Donc, la prime dans le régime public se paie en fin d'année avec le rapport d'impôts, le crédit d'impôt s'appliquerait au même, donc il n'y aurait pas de prime à payer pour ces gens.

Mme Loiseau: O.K. Vous ne touchez pas aux franchises de coassurance?

M. Therrien (Yves): On ne touche pas aux franchises et à la coassurance.

Mme Loiselle: Ah! Vous me rassurez. Merci.

M. Therrien (Yves): C'est ça. Et disons qu'il y a trois clientèles qui ont été identifiées dans le régime public: les personnes âgées, les bénéficiaires d'assistance emploi et les adhérents. Nous, on a pensé surtout aux adhérents. Deux adhérents qui ont le même revenu, un a une mesure d'assistance, l'autre n'a pas, là, c'est ce qu'on trouvait discriminatoire.

Mme Loiselle: Si jamais la ministre met en place la proposition que la FTQ a faite tantôt de mettre en place un comité de travail, seriez-vous prêt à adhérer comme membre dans ce comité-là, avant d'aller à la conférence de presse à laquelle la ministre vous a invité pour l'annonce de la hausse des primes? Ha, ha, ha!

M. Therrien (Yves): On est un organisme qui est toujours prêt à collaborer avec les différents organismes. On collabore avec le Bureau des services financiers, lorsque c'est le temps d'établir des règles de formation. On le fait avec la Chambre de sécurité financière, lorsque c'est le temps d'établir des règles d'éthique. Et on le ferait également pour l'assurance médicaments, avec plaisir.

Mme Loiselle: Merci.

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

Mme Marois: Merci, M. le Président. Vous mentionnez, à la page 5 de votre mémoire, qu'une valeur de base du régime est «la solidarité entre les gens en santé et ceux qui ont à encourir des frais très élevés de médicaments». Vous avez remarqué que, dans nos propositions, on aborde la question de la mutualisation entre le public et le privé. Avez-vous réfléchi à cela? Est-ce que vous pensez que ça pourrait être une voie intéressante à envisager? Jusqu'à maintenant, on n'a pas eu de recommandations beaucoup sur cette question, ou de commentaires.

M. Therrien (Yves): Bien, écoutez, il faudrait voir de quelle façon ça pourrait se faire. Mais la mutualisation, depuis 1997, se fait dans le secteur privé puis ça va selon le nombre d'employés dans l'entreprise, là, ou, dans certains cas, l'excédent de 7 000 \$ de réclamations est mutualisé. Bien, si le gouvernement participe aux frais et change une partie de prime, on ne fera pas d'opposition formelle. Il faudrait voir de quelle façon, parce que ça peut être fait d'une façon qui soit quand même équitable. On ne veut pas non plus transférer des dépenses de secteur puis voir les frais administratifs des régimes privés augmenter en flèche. Mais il pourrait se trouver des formules qui soient acceptables pour tout le monde.

Mme Marois: Vous avez votre collègue...

M. Paquet (Michel): Un des problèmes qui existent avec les mutualisations, c'est la coordination des systèmes de plusieurs assureurs avec celui de la Régie de l'assurance médicaments. Ça, ce serait une clôture majeure à surmonter, un obstacle majeur à surmonter.

Le deuxième problème avec la mutualisation, c'est la répartition de la clientèle. Bon. Vous avez, on parle d'à peu près 1,5 million, 1,6 million de clientèle; les assureurs parlent, eux autres, d'environ 4 millions, 4,5 millions. À l'intérieur de ces assureurs-là, vous avez deux groupes d'assureurs: des assureurs qu'on appelle «canadiens» et des assureurs qu'on appelle «québécois». Regrouper tout ce monde-là, essayer de faire un système de mutualisation à l'intérieur de ça, je pense que ça ne sera pas demain matin qu'on va le faire. Ça serait peut-être souhaitable pour la population, souhaitable pour les assureurs et souhaitable pour le gouvernement, mais il reste beaucoup d'obstacles à surmonter avant ça et je crois qu'il y aurait plusieurs discussions à y avoir, si ce n'est que comment est-ce qu'on organise des systèmes. Même si on voulait être de bonne foi puis dire: Oui, on la fait, la mutualisation...

Mme Marois: C'est complexe.

M. Paquet (Michel): ...c'est assez complexe, oui.

Mme Marois: Je suis d'accord avec vous.

M. Therrien (Yves): Ça peut être fait de plusieurs façons. Donc, qu'est-ce qui serait proposé sur la table? Mais on n'a pas d'objection de base...

Mme Marois: De principe.

M. Therrien (Yves): De principe.

M. Paquet (Michel): En principe, on est d'accord.

Mme Marois: D'accord. Alors, ça va. Moi, je vous remercie beaucoup de votre présentation et de vos propositions, qui sont intéressantes.

Le Président (M. Beaumier): Merci également, et nous ajournons nos travaux sine die.

(Fin de la séance à 17 h 37)

