



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 29 mars 2000 — N° 38

Consultation générale sur le document intitulé
Évaluation du régime général d'assurance médicaments (11)

**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 mercredi 29 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	1
MM. Pierre-Yves Crémieux et Pierre Ouellette	8
Mémoires déposés	16
Remarques finales	16
M. Yvon Marcoux	16
Mme Pauline Marois	18

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

Mme Nicole Loiselle

M. Russell Williams

Mme Lyse Leduc

* M. Norbert Rodrigue, OPHQ

* Mme Suzanne Doré, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 29 mars 2000

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

(Quinze heures vingt-deux minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous demanderais de prendre place. La commission poursuit ses travaux. Elle est réunie 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. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Williams (Nelligan); Mme Lamquin-Éthier, (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil).

Auditions

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, j'invite M. Norbert Rodrigue, qui est président-directeur général de l'Office des personnes handicapées du Québec, à nous présenter les personnes qui l'accompagnent. Et, M. Rodrigue, vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

**Office des personnes
handicapées du Québec (OPHQ)**

M. Rodrigue (Norbert): Mme la Présidente, Mme la ministre, membres de la commission, on compte sur vous pour nous discipliner. Mme Suzanne Doré, conseillère en évaluation à l'Office des personnes handicapées, à ma droite; et Denis Boulanger, adjoint à la Direction générale et à la présidence, à ma gauche.

Alors, je sais que le temps est très précieux, permettez d'abord de remercier la commission de nous recevoir afin qu'on puisse exprimer notre point de vue. Notre intervention... Vous savez, on n'est pas des spécialistes ou des assureurs, on n'est donc pas des gens spécialisés dans n'importe quel domaine. Notre souci et l'angle de présentation que nous allons faire cet après-midi, c'est à partir, comme le veut notre mission, d'une analyse d'un point de vue du régime d'assurance médicaments comme mesure sociale.

Permettez-moi cependant, dans un premier temps, de rappeler certaines positions de l'Office des personnes handicapées concernant ce régime et ses particularités. L'Office des personnes handicapées a toujours fait la promotion de la compensation des frais reliés aux médicaments. Je rappelle qu'en 1985 nous avons, au Québec, adopté une politique gouvernementale qu'on appelle *À part... égale* et qui formulait une recommandation en ce

sens, soit celle d'assurer la couverture universelle des frais de traitement des déficiences, y compris la médication visant à compenser une déficience significative et persistante.

Dans un deuxième temps, pour nous, l'instauration du régime d'assurance médicaments a permis d'améliorer sensiblement la situation des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune protection à cet égard. Les personnes handicapées, il faut souligner, ont également profité d'un autre avantage significatif de l'instauration du régime public, soit d'avoir accès aux protections d'assurance médicaments. Parce que les régimes privés, dans le passé, avaient tendance à exclure plusieurs personnes handicapées de la protection sous le motif qu'elles représentaient un risque plus élevé. Et on pourrait vous donner des preuves vivantes de ça, si vous le voulez.

Les ajustements consentis depuis l'instauration du régime ont également permis d'améliorer sensiblement le régime et de réduire certaines barrières financières. La mensualisation des contributions, la gratuité accordée récemment aux prestataires de la sécurité du revenu ayant des contraintes sévères à l'emploi en sont des exemples. Toutefois, on peut se demander si les ajustements apportés à ce jour au régime sont suffisants.

Avant de vous présenter nos propositions concernant le programme, permettez-moi de vous faire part d'une certaine préoccupation concernant certains constats relatifs à la question des coûts: le rapport d'évaluation fait état d'une augmentation importante des coûts du régime et, selon les données que nous avons observées, celui-ci connaîtrait une progression de 15 % par année. Notre première réaction à ce sujet, c'en est une de prudence. Premièrement, les données sur lesquelles se base l'estimation de l'augmentation des coûts portent sur une période qu'on estime quand même courte: deux ans, période durant laquelle divers ajustements, par ailleurs, ont dû être apportés en raison de l'implantation du régime.

De plus, bien que la dynamique de croissance soit mondiale, il n'en demeure pas moins que certains facteurs de croissance demeurent difficiles à expliquer, notamment l'augmentation brusque du nombre de prescriptions par participant entre 1997 et 1999. Si vous avez des explications, on sera heureux — peut-être qu'on a mal lu — de comprendre ce phénomène. Nous nous permettons aussi de nous questionner sur les motifs de cette augmentation des coûts. Par exemple, se pourrait-il qu'un secteur comme le secteur hospitalier, face au contexte du virage ambulatoire, transfère certains frais de médicaments qu'ils assumaient auparavant, que ce transfert soit fait aux bénéficiaires, donc dans certains cas au régime d'assurance médicaments?

C'est pourquoi il nous apparaît important que tous les facteurs qui ont un impact sur les coûts soient analysés

avant de privilégier de façon définitive quelque avenue que ce soit. Et là, je pourrais vous entretenir sur une parenthèse personnelle, sur ma croyance profonde de l'importance de la fusion des régimes publics ou du rapprochement des régimes publics. Les régimes ne se parlent pas. On a l'assurance maladie, hospitalisation, médicaments; ces régimes-là devraient se parler davantage. Et là on comprendrait comment, parfois, on utilise un régime par rapport à l'autre selon les avantages qu'on peut en tirer. Et on transfère des coûts.

Si je reviens aux commentaires plus spécifiques concernant les propositions de contrôle des coûts présentées dans le document de révision, on les estime prometteuses à court et à long terme. L'application, par exemple, d'un prix de base et d'un prix de référence nous semble utile à cet égard. Notre soutien aux changements suggérés aux critères de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments est plus mitigé, cependant. Bien que ces changements soient intéressants, il faudra appliquer les critères coûts, efficacité et impacts économiques avec circonspection. On risque que l'application de ces seuls critères exclue de la liste des médicaments essentiels au traitement de maladies rares touchant une minorité de personnes. C'est-à-dire, on risque des exclusions.

Je rappelle qu'à l'origine, avant même le régime d'assurance médicaments, il y avait eu un débat au Québec sur une directive qu'on appelait la directive *malades sur pied*. Le régime a aidé à apporter une réponse à cette problématique-là. On suggère également dans le document l'intégration des mandats du Conseil consultatif de pharmacologie et du comité de revue de l'utilisation des médicaments. On pense que c'est une bonne idée mais que les organismes visés devraient accentuer leurs interventions en collaboration avec les autres intervenants et ordres professionnels impliqués pour que les démarches de suivi et d'évaluation de l'utilisation se traduisent en changements concrets.

On pense aussi que des interventions rigoureuses et proactives devront être menées pour transformer les pratiques médicales inadéquates et assurer une formation continue pour le prescripteur. On questionne souvent les consommateurs, mais il y a un prescripteur pour consommer. Il y a un matin, moi, ma dentiste me faisait une prescription; des fois, une chance que tu connais ça. Elle était correcte, mais c'est elle qui prescrit, ce n'est pas moi qui choisis de les avoir. Alors ça, il faut faire attention à ça.

Nous voulons aussi attirer l'attention des membres de la commission sur l'importance pour le régime d'assurance médicaments de pouvoir bénéficier, bien sûr, d'une base de financement solide mais aussi de pouvoir compter sur un bon soutien public. On peut supposer, à cet effet, qu'une part significative de la légitimité du régime dépend, pour bon nombre d'adhérents, d'un certain calcul avantages-coûts. On dit plus simplement d'une évaluation: en avoir suffisamment pour son argent. C'est pourquoi notre analyse des propositions tiendra compte de façon importante de ce critère.

Plusieurs scénarios de financement sont présentés. Ceux-ci reposent sur certains choix quant à la répartition de l'effort financier entre le gouvernement et les adhérents au régime. Partant du fait que l'augmentation des coûts du régime sera supérieure à l'augmentation des revenus du gouvernement, on en déduit qu'une bonne part de la croissance des coûts devra être assumée par les personnes âgées et les adhérents au régime.

• (15 h 30) •

À notre avis, tous les scénarios présentés, à l'exception du scénario de l'assurance publique qui, pour nous, malheureusement est à peine esquissé, fragilisent la légitimité du régime auprès des personnes concernées, et par là son soutien public. L'augmentation importante des primes assumées entièrement par des personnes et des familles à revenus modestes risque de provoquer des réactions négatives. Vous comprendrez par là que notre préoccupation, c'est la légitimité du régime, qu'elle puisse se maintenir. Et donc, ce qu'on apportera comme réponse va devenir très important.

Les scénarios qui proposent des modifications aux paramètres actuels du régime — franchise, coassurance et contribution maximale — risquent, pour leur part, de provoquer des effets indésirables sur la santé des personnes ainsi qu'une consommation inappropriée de services de santé. C'est pourquoi nous croyons qu'il faut que la réflexion entourant l'augmentation des coûts du régime d'assurance médicaments se fasse en lien avec une réflexion sur le financement de l'ensemble des autres services de santé, comme je le disais tout à l'heure.

En effet, les médicaments prennent maintenant une place importante dans les thérapies modernes. On remplace maintenant des technologies très lourdes par de la médication, et nous pensons que, dans ce cas-là, il faut absolument y prêter des attentions particulières. Nous croyons que, pour ce faire, le régime d'assurance médicaments doit maintenir un équilibre et, pour ce faire, il doit apporter une attention particulière aux personnes vulnérables. C'est pourquoi nous voulons vous présenter des suggestions pour améliorer la couverture de ces personnes.

Les personnes vulnérables bénéficiaires de la sécurité du revenu qui ont été identifiées dans l'étude Tamblin l'étaient selon des caractéristiques de consommation qui ne correspondent pas nécessairement aux critères d'attribution de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi. En réintroduisant la gratuité pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi, le gouvernement, selon nous, a fait un pas important pour éviter les conséquences négatives relevées dans ce rapport. Toutefois, des mesures supplémentaires devraient être prises pour offrir la gratuité à toutes les personnes qui consomment sur une base régulière des médicaments essentiels, même si celles-ci ne peuvent se qualifier à l'ensemble des critères donnant accès à l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi. On pense ici aux personnes qui consomment beaucoup de médicaments et des médicaments très coûteux, par ailleurs.

Un autre groupe d'individus partage sensiblement la même situation que les personnes vulnérables ayant des contraintes sévères à l'emploi, rapidement, il s'agit des bénéficiaires à faibles revenus de la rente d'invalidité du régime des rentes du Québec. Selon le dernier rapport annuel de la Régie, la rente individuelle d'invalidité était en moyenne de 739 \$ par mois pour les hommes et de 651 \$ par mois pour les femmes. Or, la rente d'invalidité étant accordée sur une base individuelle, ce ne sont donc pas toutes les personnes, par ailleurs, de ce groupe qui se trouvent dans une situation de très grande vulnérabilité. Nous croyons donc que les personnes dont la situation financière est semblable à celle des bénéficiaires de la sécurité du revenu ayant des contraintes sévères à l'emploi devraient bénéficier de la gratuité des médicaments.

Je conclurai en signalant que, pour l'Office des personnes handicapées du Québec, les gains obtenus, du point de vue de la santé de la population, représentent l'un des principaux points d'ancrage de la légitimité du régime d'assurance médicaments québécois. Celle-ci se fonde également sur les grands principes qui ont prévalu à son instauration: l'universalité, l'accessibilité et l'équité. Une couverture adéquate des frais relatifs aux médicaments permet non seulement aux personnes vulnérables de se soigner à coûts abordables, mais elle comporte également des avantages significatifs pour la santé et le maintien de l'autonomie fonctionnelle.

Je devrai presser un peu, je pense. Les personnes confrontées avec des problèmes de santé, qu'ils soient aigus ou chroniques... Une consommation inadéquate de médicaments a des effets à court terme sur la santé des personnes, mais ces effets se font également sentir à plus long terme — on dirait, nous autres, selon nos mots — en aggravant les incapacités qui découlent des problèmes chroniques de santé. Vous savez, si on ne soigne pas bien le diabète, on peut avoir une conséquence x; si on est amputé, on a besoin de support technique; on a besoin d'adaptation, de toutes sortes de choses, de domicile, etc. Donc, le soin ou le traitement est très important.

Or, nous croyons, Mme la ministre et Mme la Présidente, que tous ces éléments doivent être considérés dans la présente réflexion et c'est pourquoi d'ailleurs on conclut en vous disant que nous souhaitons et nous espérons voir l'hypothèse d'un régime entièrement public analysé davantage ou pousser l'analyse plus loin pour nous permettre de vraiment identifier les équivalences en termes de coûts-bénéfices pour une population.

Je termine en disant: J'en sais bien qu'en 2000, c'est plus difficile qu'en 1980 ou 1970 d'examiner des réponses collectives en regard de la société en général. Mais ce n'est pas parce que c'est plus difficile qu'il faut reculer, et je pense qu'il faut accepter au moins de l'analyser. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Rodrigue. Je cède maintenant la parole à la ministre.

Mme Marois: Alors, merci, Mme la Présidente. Effectivement, je pense que vous soulevez des questions pertinentes et intéressantes, là, entre autres l'augmentation

des coûts du régime. Il y a peut-être des phénomènes ou des facteurs qu'on a plus ou moins scrutés de près, quand vous mentionnez le fait qu'il y a eu des tendances structurelles de croissance, mais peuvent-elles vraiment expliquer le changement subi à la hausse des coûts, compte tenu que le nombre de prescriptions par participant, d'ordonnances, a augmenté d'une façon très importante. Alors, je pense que c'est une question intéressante et je pense qu'il faut être capable de la fouiller et de la scruter d'assez près.

Il est peut-être intéressant aussi de se dire quand même que le fait que nous ayons éliminé complètement la contribution des personnes qui ont des contraintes sévères à l'emploi, qui sont à la sécurité du revenu, est venu vraiment régler la proportion de problèmes vécus par la plus grande partie des personnes qui étaient des consommateurs et qui étaient à la sécurité du revenu. Parce que, c'est surtout chez les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi que ces personnes avaient besoin de médicaments, on va en convenir.

Bon. Vous mentionnez évidemment qu'une des conditions pour assurer la survie du régime ou ce que vous appelez le «point d'ancrage», la légitimité, c'est l'acceptabilité de l'effort financier qui est demandé aux adhérents pour contribuer au régime. D'abord, je voudrais avoir votre point de vue sur la contribution actuelle. Est-ce que vous croyez que l'effort est trop important, trop grand?

Mais, par ailleurs, vous proposez qu'on aborde la question des contributions en tenant compte davantage des bas revenus, et vous avez donc réfléchi, j'imagine, à une combinaison d'une contribution et un seuil de contribution. Est-ce que vous avez songé à un lissage, si on veut, dans le sens de dire: Il y a une contribution, mais au lieu qu'elle fasse un pas d'un coup, là, maximum de prime quand on arrive à 15 000 \$ de revenus, 175 \$, qu'on puisse étaler un peu ce seuil dans le temps? Alors, j'aimerais ça vous entendre un petit peu sur l'ensemble de ces questions-là.

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

M. Rodrigue (Norbert): Alors, dans l'espoir évidemment qu'on poursuive l'analyse sur un régime public éventuellement, en attendant, il faut bien couvrir les personnes. Et nous pensons qu'à cet égard — et Suzanne interviendra dans la minute qui suit — il faut effectivement tenter de trouver une réponse pour protéger ce qu'on appelle, nous, les plus vulnérables. Et, à cet égard-là, les bas-revenus, vous avez, on travaille à 10 000 \$...

Pour parler en québécois, moi, ma blonde, elle travaille puis elle gagne un salaire... Je suis gêné à chaque fois qu'elle me le dit. Et je me dis, dans la mesure où elle gagne ça, est-ce que c'est raisonnable de lui faire porter à elle et ses semblables, tu sais, un fardeau financier de telle nature? On pense que non. Alors, il faut tenir compte, on pense, déjà du maximum qui est payé. À partir de x revenus, on paie 175 \$. On se dit: Là, ceux qui sont là et en bas de ça, il ne faudrait pas qu'ils soient trop touchés.

Écoutez, on n'est pas allé dans la technique, mais Suzanne pourrait vous expliciter davantage l'idée.

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

Mme Doré (Suzanne): Oui. Bien, c'est ça, je ne serai pas non plus très technique. Mais l'idée, c'était que s'il y avait une augmentation de prime, elle devrait s'appliquer à des revenus supérieurs à ceux qui rejoignent la prime maximale actuellement, là. Parce que dans les scénarios, les augmentations, elles sont portées dans l'échelle de revenus qui est quand même assez basse, là. Parce qu'on augmente le taux de prélèvement...

Mme Marois: Oui. C'est-à-dire, le plancher est bas. Le plancher de départ est bas.

M. Rodrigue (Norbert): On propose de relever un peu le plancher.

Mme Doré (Suzanne): S'il y a à augmenter la prime, c'est pour des revenus plus élevés, en fait, là.

Mme Marois: D'accord. Donc, dans le fond, vous feriez encore plus varier la prime en fonction du revenu, alors que nous, il n'y en a pas ou il y en a la moitié ou c'est maximum.

Une voix: C'est ça.

Mme Marois: Parce que, dans les très bas revenus actuellement, il n'y en a pas.

Mme Doré (Suzanne): Non. C'est ça, c'est 10 000 \$ et moins. C'est ça.

Mme Marois: Il n'y a pas de prime. Puis c'est combien?

Une voix: Environ 10 700 \$.

Mme Marois: C'est 10 700 \$. Alors, dans le fond, c'est à cela que vous trouvez qu'on devrait s'attaquer davantage...

Une voix: Oui.

• (15 h 40) •

Mme Marois: ...et faire varier la prime aussi. Évidemment, on comprend qu'à ce moment-là, ça perd un petit peu son caractère d'assurance pour devenir plus un mixte d'assurance et d'assistance. Il y a un transfert entre les revenus, à ce moment-là, bien sûr, ce qui habituellement, dans le régime d'assurance... D'ailleurs, ça nous a été souligné par les privés, beaucoup par des représentants de consommateurs, en disant: Nous aussi, quand on a des petits revenus et qu'on est dans un régime collectif, on n'a pas le choix, là. On paie la prime peu importe le revenu qu'on a parce que c'est ce que le régime

demande pour couvrir le risque. Ça soulève ce problème-là aussi. Bon.

Vous abordez maintenant la question... Non, je vais revenir avant à la question plus pointue de l'inscription sur la liste. Votre préférence, c'est le régime universel, c'est ce que je comprends.

M. Rodrigue (Norbert): Oui, oui. Si vous voulez bien comprendre, c'est ça.

Mme Marois: Universel public.

M. Rodrigue (Norbert): Exact.

Mme Marois: En fait, il est déjà universel actuellement, mais il est mixte: privé et public.

M. Rodrigue (Norbert): Oui, c'est ça, il est mixte. Ce que l'on dit, c'est: Pourquoi on ne ferait pas l'examen de ça? Souvenez-vous du débat de l'assurance automobile. Moi, en 1967, quand je soulevais cette question-là, on me disait: C'est un communiste. Rodrigue, c'est un communiste. Alors, on n'écoute pas ça, les communistes.

Mme Marois: Ha, ha, ha! On ne l'écouterait pas.

M. Rodrigue (Norbert): En 1977-1978, on a agi sur l'assurance automobile, mais on est allé à mi-chemin. Bon, c'est bien, je suis très content, on évolue. Ça prend, des fois, un siècle à évoluer, dans une société.

Dans le médicament, pourquoi on n'examinerait pas d'une manière exhaustive un scénario comme celui-là? Ce serait notre préférence.

Mme Marois: On a eu quelques propositions en ce sens-là. D'ailleurs, des gens que vous connaissez bien. La CSN a proposé qu'on...

M. Rodrigue (Norbert): Non!

Mme Marois: Beaucoup d'autres groupes aussi l'ont fait, quand même.

M. Rodrigue (Norbert): Ça ne se peut pas!

Mme Marois: Beaucoup d'autres groupes l'ont fait.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: Ils ne sont pas les seuls. La CSN a peut-être proposé un scénario qui était le plus élaboré sur cette question-là justement pour dire: Bon, laissons le régime tel qu'il est maintenant. S'il faut le corriger, corrigeons-le, mais prenons le temps qu'il faut pour regarder la possibilité d'un régime universel avec la possibilité d'une phase de transition — je me souviens très bien, c'est ce qu'ils avaient soulevé — entre le régime de maintenant et un régime éventuellement universel, et on verra, pendant ces études que l'on mènera, comment les

avantages pourraient être évalués et aussi les aspects d'impact évidemment sur l'économie, parce qu'il reste qu'il y a des sociétés qui offrent actuellement ce service-là. Alors, ça implique quand même des changements assez importants. Donc, vous les rejoignez en ce sens-là.

M. Rodrigue (Norbert): Oui, dans une certaine mesure effectivement, dépendamment des modalités. Deuxièmement, je voudrais revenir à votre questionnement relativement à l'assurance et à l'assistance. Vous savez, on est très sensible à cette question-là, d'une part. D'autre part, on sait très bien tous les deux, et tous et toutes ici, qu'on assiste aussi à des transferts, qu'on le veuille ou non.

Mme Marois: Oui.

M. Rodrigue (Norbert): Les gens étant pris devant des situations de précarité parfois vont préférer laisser un travail à 7,50 \$ de l'heure ou 8 \$ pour aller ailleurs, pour bénéficier... Bon. Et ces transferts-là sont multiples et de toutes sortes de formes. Alors, dans ce sens-là, on dit: La vulnérabilité, ça doit se prendre en compte et on devrait avoir un régime qui parte d'un niveau, et qui soit plus progressif, et qui s'applique, comment dirais-je, aux personnes qui ont un peu plus, même si elles n'ont pas beaucoup de moyens, le moyen de contribuer.

Mme Marois: Oui, c'est ça. Une dernière question, à ce moment-ci, Mme la Présidente. D'ailleurs, je vais m'excuser par avance, vous savez que je devrai quitter à 16 heures parce qu'on a l'étude des crédits à l'Assemblée nationale. Je n'ai pas encore le don d'ubiquité, alors je dois être ici et là-bas en même temps. Alors, ce sont mes collègues qui prendront la relève.

Les critères de décision pour l'inscription sur la liste. Vous dites que vous accordez un appui mitigé aux critères de décision suggérés pour l'inscription sur la liste. «Il faudrait appliquer les critères coût-efficacité et impact économique avec circonspection.» Là, je vous cite. «On risque, avec de tels critères, d'exclure de la liste des médicaments essentiels au traitement de maladies rares, touchant une minorité de personnes.»

Par ailleurs, on doit vous dire qu'on garderait quand même, au-delà du fait que l'on ait un nouveau processus pour inscrire les médicaments sur la liste — imaginons qu'on retient, par exemple, le prix le plus bas — la possibilité d'une liste d'exceptions qui permettrait d'avoir accès aussi à des médicaments dans des circonstances particulières, compte tenu de la nécessité de soigner un type de problème seulement par ce médicament ou qu'il puisse y avoir des contre-indications pour une personne ou l'autre.

Par ailleurs, donc on a des nouveaux critères de décision que l'on propose. On propose aussi de former un comité qui serait élargi par rapport à celui qu'on a. On parle de six membres scientifiques et six autres membres venant des milieux socioéconomiques et académiques.

Est-ce que vous ne pensez pas que ça nous permettrait, cela, d'exercer un jugement critique de par la présence même de ces personnes au niveau du processus de décision, nous permettant d'accepter les nouveaux critères qui sont proposés ici?

M. Rodrigue (Norbert): Le mécanisme nous apparaît intéressant. On n'est pas sûrs, nous, d'être sur le comité, alors on voulait s'exprimer tout de suite.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rodrigue (Norbert): Ça, c'est une première chose, mais c'est un domaine toujours fragile. Moi, j'ai participé à plusieurs débats, par exemple, sur les services assurés en santé et en services sociaux. J'assimile la question des médicaments à cela et je me dis: C'est toujours fragile parce que, selon l'évolution des technologies, selon les considérations d'éthique, selon l'engagement idéologique aussi, disons-le, il arrive parfois qu'il y a des choix qui ne sont pas simples. Et, dans ce sens-là, il faut se donner toutes les garanties qu'on n'oublie pas cette perspective-là qu'il pourrait y avoir.

Alors, le processus dont vous me parlez, c'est intéressant parce que ça garantit une représentation d'abord élargie et ça pourrait permettre un débat plus ouvert, effectivement.

Mme Marois: Et, à ce moment-là, vous seriez peut-être moins embêtés par les nouveaux critères que l'on propose.

M. Rodrigue (Norbert): Probablement. On n'est pas capables de le dire d'avance, mais ça se pourrait.

Mme Marois: Ça va, merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Avant de céder la parole à la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, je me permettrai une question. Tout à l'heure, vous avez fait une remarque en disant que vous étiez un peu surpris de voir l'évolution des coûts en médicaments et vous vous êtes demandé si ça pouvait dépendre du virage ambulateur. Parce qu'on sait que les personnes qui sont hospitalisées n'avaient pas à défrayer les médicaments alors que, bien sûr, si elles retournent chez elles beaucoup plus tôt elles ont à assumer les coûts de médicaments.

Ça a piqué ma curiosité. Je trouve ça quand même intéressant et je pense que ça vaudrait la peine, il faudrait vraiment le vérifier. Je pense qu'il faudrait le comptabiliser, le vérifier, parce que, si tel est le cas, finalement le gouvernement fait des économies au niveau des hôpitaux et il ne faudrait pas que ce soit partagé ou que ce soit assumé par les adhérents. Alors, peut-être qu'il pourrait y avoir une certaine compensation. Je pense que vous avez soulevé quelque chose de très intéressant puis qui mériterait d'être étudié un peu plus en profondeur.

M. Rodrigue (Norbert): Sur cette question-là, nous pensons qu'il faudrait regarder ça plus en détail. Nous avons l'intime conviction que les régimes ne discutant pas entre eux, ça pose des problèmes de cette nature-là. Vous savez, moi, si je suis gestionnaire — je sais bien qu'il n'y a personne au Québec qui fait ça — mais si je suis gestionnaire d'un CLSC, plutôt que de recruter un médecin, je recrute une infirmière; bon, c'est mon budget de fonctionnement qui assume. Mais, si je décide de recruter un médecin et puis que le médecin accepte, c'est le budget de la RAMQ qui va assumer. Alors, il pourrait y avoir des stratégies de cette nature avec le régime d'assurance médicaments.

Moi, ma fille a été hospitalisée, je suis allé la voir; il y a eu une prescription pendant l'hospitalisation, l'hôpital n'avait pas le médicament, je suis allé le chercher à la pharmacie, on l'a payé. Je présume que, si c'est vrai dans un cas, ça peut être vrai dans d'autres cas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, s'il y a une économie de ce côté-là, il ne faudrait pas la faire partager par les adhérents.

M. Rodrigue (Norbert): Je connais des gens qui sortent de l'hôpital. Ils partent avec deux pilules puis il faut qu'ils aillent faire remplir leur prescription en sortant. Là, c'est le régime d'assurance médicaments qui absorbe. Je ne dis pas que le gouvernement fait des économies, parce que c'est l'un ou l'autre qui assume, sauf que la répartition du paiement n'est pas la même, par exemple. L'adhérent ou celui qui paie n'est pas le même, nécessairement.

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

Mme Loisel: Merci, Mme la Présidente. Madame, messieurs, bonjour. Bienvenue. J'aimerais revenir sur la situation que vivent les personnes vulnérables, les personnes pauvres au Québec. Vous savez, depuis l'implantation du régime, ce sont les personnes qui ont le plus souffert suite à la façon dont le régime a été fait, ce sont les personnes prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées à faibles revenus.

Vous êtes sûrement au courant qu'à Montréal, Jeunesse au soleil, suite à l'implantation du régime, a dû mettre en place une fondation pour aider les personnes pauvres à pouvoir se procurer leurs médicaments. Ils reçoivent des dons jusqu'à un total, je pense, de 100 000 \$ par année pour aider la fondation. Actuellement, au moment où on se parle, il y a 1 400 personnes qui sont aidées par Jeunesse au soleil pour se procurer leurs médicaments. Il y a plus de 300 personnes qui sont sur la liste d'attente.

• (15 h 50) •

Vous avez parlé du rapport Tamblyn, il y a l'Association des hôpitaux du Québec qui a fait aussi un sondage assez important, qui démontre clairement les effets dévastateurs sur la vie de certaines personnes au Québec, suite à l'implantation du régime.

Mais Jeunesse au soleil a aussi fait un sondage maison auprès des bénéficiaires qu'elle aide, auprès des personnes démunies qu'elle aide. Et le sondage maison révèle ceci: C'est que sans l'aide de la fondation Jeunesse au soleil, 83 % des personnes auraient été dans l'obligation de se priver en partie de certains médicaments; 34 % de ces individus avaient été hospitalisés dans les 120 jours précédant leur interrogation, parce qu'ils avaient manqué de prendre leurs médicaments, incapables de se les procurer; 40 % des personnes auraient complètement interrompu leur prise de médicaments si elles n'avaient pas reçu l'aide à temps de la fondation. Et le sondage Jeunesse au soleil dit: 67 % d'entre eux auraient dû se priver au niveau alimentaire afin de payer les frais relatifs à l'obtention de leurs médicaments.

Dans votre mémoire, vous parlez beaucoup de cette situation-là, et je vous en remercie. Mais vous faites une suggestion, vous dites que le ministère de la Solidarité sociale, avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, devrait identifier, dans les personnes que le gouvernement n'a pas encore aidées, les bénéficiaires de l'aide sociale qui ne sont pas soutiens financiers, les 400 000 autres qu'il reste à l'aide sociale, ceux qui prennent le plus de médicaments essentiels et leur donner la gratuité.

Plusieurs groupes vont beaucoup plus loin que ça. La Conférence des régies régionales demande la gratuité pour les plus démunis, particulièrement à l'aide sociale et les personnes âgées, l'Association des CLSC, des CHSLD également, le Protecteur du citoyen, la Coalition pour l'assurance médicaments, la Coalition des médecins pour la justice sociale, la FTQ. Et même hier, le Conseil des aînés a tout simplement au gouvernement: Écoutez, déchirez tout ça puis retournez faire vos devoirs pour améliorer notre qualité de vie.

Pourquoi n'êtes-vous allés jusqu'à demander la gratuité, sachant les effets pervers du régime sur les personnes démunies? Pourquoi vous n'êtes pas allés jusque là, demander la gratuité pour les plus démunis?

M. Rodrigue (Norbert): D'abord, vous constaterez, comme vous le dites vous-même en lisant notre mémoire, qu'on est préoccupés par les gens en général. Deuxièmement, quand vous parlez des exemples de Jeunesse au soleil quant à l'hospitalisation des gens qui n'ont pas pu consommer leurs médicaments parce que, s'ils n'avaient pas eu d'aide, ça aurait été une situation, mais ils ont eu de l'aide et, dans certains cas cependant ils ont été privés de médicaments à cause de leur pauvreté. Il y a eu des hospitalisations. Je voudrais qu'on est sensibles à ça.

Nous, ce qu'on privilège, c'est le scénario d'assurance publique. Dans ce scénario-là, comme on n'y est pas encore, on présume qu'on aborderait la question de la fiscalité, donc une répartition de la richesse différente, une contribution fiscale par le biais des impôts pour financer ce système public.

En attendant, on a un régime d'assurance médicaments. Ce qu'on cherche — on n'est pas des experts en assurance — on cherche à l'améliorer. On pense que les

gens plus vulnérables — puis on le dit souvent — devraient être pris en compte et que le niveau de revenus devrait être revu, le point de départ à partir duquel il faut appliquer une prime, s'il faut l'appliquer, plus élevée. On n'est pas allés jusqu'au bout comme certains sont allés. Peut-être qu'il faudra revoir notre position, mais, pour l'instant, on pense qu'il faut améliorer ce qui est là et constituer un groupe d'étude pour le régime public.

Alors, vous savez, la question de l'hospitalisation, par exemple, je peux vous dire qu'un bout de temps — je pense qu'on a pu partager ça avec des années d'expérience mutuelle — il y a des gens qui étaient hospitalisés à cause de la médication. 20 % des personnes âgées, à un moment donné, étaient hospitalisées pour une mauvaise utilisation de médicaments. D'autres sont hospitalisés, vous me dites, parce qu'on manque de possibilités ou de moyens pour s'en procurer. Moi, je pense que les deux situations sont très sérieuses et il faut les regarder. Oui, Suzanne.

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

Mme Doré (Suzanne): On pense qu'en identifiant les gens... Parce qu'on est partis un peu de l'étude de Tamblin. Les gens qui avaient subi le plus les conséquences négatives, c'étaient des gens qui consommaient de façon régulière des médicaments essentiels. C'est ces gens-là qu'on dit qu'ils devraient être couverts par la gratuité parce qu'on suppose — bon, nous avons à faire des choix — que l'effort financier de demander à des gens qui consomment régulièrement des médicaments, c'est différent de l'effort financier pour des gens qui ont une consommation, mettons une prescription de médicaments une fois ou deux dans l'année. Ce n'est pas du tout la même répercussion puis on a l'impression que les gens qui ont les conséquences effectivement en termes de santé, c'est des gens qui consomment des médicaments essentiels de façon régulière. Puis notre recommandation demande de les couvrir, d'offrir la gratuité à cette population-là aussi.

Donc, je pense qu'on ne couvre pas tout le monde, mais on couvre une bonne partie de ceux qui n'ont pas été couverts par les dernières mesures, les gens qui consomment de façon régulière des médicaments essentiels à la santé. C'est eux qui assument le plus sur le plan financier aussi, parce qu'ils ont à assumer des frais.

Mme Loiselle: Parce que le rapport Tamblin est clair au niveau des personnes âgées également, il y a un effet vraiment malheureux sur l'impact de la vie de ces gens-là. Le rapport Tamblin est sorti depuis un certain temps; actuellement, le gouvernement n'a rien fait pour régler cette situation-là. C'est assez dramatique quand on pense que les personnes âgées... Il y a les personnes âgées qui sont aidées à Montréal par Jeunesse au soleil, mais les autres qui ne sont pas capables de tendre la main ou de faire le geste de piler sur leur dignité pour se rendre à un organisme communautaire et dire: Aidez-moi? Personne ne les aide, au moment où on se parle.

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

M. Rodrigue (Norbert): Écoutez, je ne suis pas un expert là-dedans, mais j'ai souvent réclamé qu'on ait des statistiques sur le 1,2 million, puis maintenant 1,6 million, qui n'avaient pas d'assurance avant pour voir jusqu'à quel point ils étaient privés de médicaments. Je n'ai jamais eu de réponse, mais j'aurais aimé ça avoir une réponse parce que, ça aussi, il faut en prendre compte dans les grands équilibres. Et, à cet égard-là, je vous dirais que votre préoccupation, on la partage. Les modalités peut-être vous paraissent insuffisantes mais, pour nous, il faut progresser, et il faut progresser avec ce qu'on a suggéré.

Mme Loiselle: Êtes-vous inquiets de voir que le gouvernement veut introduire dans la loi l'indexation annuelle automatique?

M. Rodrigue (Norbert): Bien, ça dépend de quoi on parle quand on parle d'indexation. Si on indexe les prix ou les coûts, c'est une chose, mais, si on n'indexe pas par ailleurs les revenus, c'est une autre affaire. Si on a une indexation, il faut qu'elle s'applique des deux côtés: pour les revenus et... Bon, si elle s'applique sur les coûts, ça compense.

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

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci, M. Rodrigue, pour votre présentation, et les autres personnes qui représentent l'Office des personnes handicapées du Québec. Je voudrais bel et bien comprendre la position que j'ai entendue de vous aujourd'hui. J'ai pensé que j'ai juste entendu qu'à long terme vous privilégiez un système universel payé par nos impôts. Est-ce que j'ai bel et bien compris ça? M. Rodrigue, c'est ça que vous avez dit?

M. Rodrigue (Norbert): C'est-à-dire qu'on examine un scénario d'assurance publique universelle...

M. Williams: Sans prime.

M. Rodrigue (Norbert): ...et la modalité de financement pourrait être fiscale. C'est ça que j'ai dit.

M. Williams: O.K. J'ai trouvé ça intéressant parce que j'étais un peu étonné d'entendre l'OPHQ, en même temps que ce gouvernement est en train de rendre plusieurs services de moins en moins accessibles aux personnes handicapées du Québec... Nous avons fait des débats en Chambre sur ça. Je ne suis pas la même logique que la ministre que c'est un programme qui doit s'autofinancer à 100 %. Je n'accepte pas qu'on accepte que les primes et les franchises peuvent augmenter à chaque année. Il me semble que l'Office des personnes handicapées du Québec doit et va

protéger les personnes contre toutes ces augmentations et les barrières à l'accès.

Je vois là un peu les questions de ma collègue, que nous avons eu des problèmes d'accès avec le programme tel quel. J'ai voulu juste m'assurer que j'ai bel et bien compris que vous ne privilégiez pas l'augmentation des primes à long terme.

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

M. Rodrigue (Norbert): Répétez-moi votre dernière question?

M. Williams: J'essaie de comprendre exactement votre position et finalement, c'est en réflexion encore. C'est ça, je pense, qu'était votre réponse.

M. Rodrigue (Norbert): Oui. Bien, écoutez, il faut répondre aux besoins dans l'immédiat.

M. Williams: Oui. Et pour les personnes handicapées et pour le reste de la population québécoise, nous avons eu un problème et nous avons entendu que le gouvernement veut augmenter les primes et les franchises, 200 millions, et on peut avoir des problèmes.

M. Rodrigue (Norbert): Oui, c'est ça. Nous, ce qu'on dit, c'est que les personnes vulnérables, bien on les décrit, les catégories.

• (16 heures) •

M. Williams: Une dernière petite question parce que je sais que le temps passe vite. Vous avez dit dans une phrase: L'application du prix le plus bas et un prix de référence est très utile à cet égard afin de contrôler les prix. Comment vous êtes arrivé à cette conclusion que vous privilégiez l'application d'un prix de base ou un prix de référence?

M. Rodrigue (Norbert): Bien, écoutez, en ce qui concerne le prix de base ou le prix le plus bas...

M. Williams: Ou le prix de référence, que vous avez écrit là.

M. Rodrigue (Norbert): ...nous autres, on prend pour acquis que la mesure du prix le plus bas n'empêche pas d'agir quand le besoin existe pour assumer un médicament ou consommer un médicament qui est plus élevé. On prend ça pour acquis, là. Si on se trompe, il faudrait nous le dire. Ceci étant pris pour acquis, quant à l'autre mesure, ce qu'on dit, c'est que c'est deux mesures qui pourraient être utiles à l'égard de mesurer non seulement l'aspect qualitatif mais quantitatif aussi du régime.

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

Une voix: Non, c'est terminé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est terminé. Je m'excuse, c'est terminé.

M. Williams: C'est ça que j'ai pensé. J'ai presque sauté sur votre générosité, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je m'excuse, c'est terminé. Mme la ministre, il lui reste 30 secondes.

Mme Marois: C'est ça. Alors, je veux vous remercier et vous dire que nous avons fait une étude sur la perception des adhérents. Nous avons essayé de vérifier justement si cela, ce régime, avait amélioré leur accès, l'accessibilité aux médicaments, et, dans 91 % des cas, il y a eu amélioration de l'accessibilité aux médicaments.

Parce que, quand on parle du rapport Tamblin, on oublie de mentionner qu'il s'agit de 700 événements indésirables comparativement à 250 000 enfants québécois qui ont eu accès aux médicaments auxquels ils n'avaient pas du tout accès — gratuitement, en tout cas — par le passé, qu'ils devaient payer évidemment, plus le fait qu'on a évité des problèmes d'hospitalisation pour les personnes âgées. On parle plutôt de 30 000 hospitalisations évitées. Donc, c'est quand même des bénéfices du régime qu'il faut être capable de reconnaître. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci M. Rodrigue. Merci, M. Boulanger et Mme Doré.

Je demanderais à M. Pierre-Yves Crémieux de même que M. Pierre Ouellette de prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, bienvenue, M. Pierre-Yves Crémieux, qui est vice-président du Groupe d'analyse économique et professeur au Département des sciences économiques, Université du Québec à Montréal, de même que M. Pierre Ouellette, qui est professeur au Département des sciences économiques à l'Université du Québec à Montréal. Alors, je vous cède la parole. C'est M. Crémieux...

M. Crémieux (Pierre-Yves): C'est ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...qui va faire son exposé. Alors, je vous cède la parole, M. Crémieux.

MM. Pierre-Yves Crémieux et Pierre Ouellette

M. Crémieux (Pierre-Yves): Merci beaucoup. On voudrait d'abord vous remercier d'avoir bien voulu nous entendre. Certains dans l'assistance pourront penser que d'avoir affaire à deux économistes pendant une heure en fin de journée de la dernière session, c'est du masochisme. On va essayer de ne pas vous endormir. On ne promet rien mais on va essayer.

La première chose qu'on voudrait, on voudrait commencer en rappelant un peu le contexte dans lequel cette étude a été effectuée. En automne 1999, des membres de Rx & D nous ont contactés pour nous demander de réaliser une étude analysant l'évolution des coûts de santé en général et celles des dépenses en médicaments. Rx & D nous demandait aussi de quantifier l'impact de ces dépenses en santé et de celles en médicaments sur le bien-être de la population.

L'objectif du mémoire est donc d'examiner l'évolution des dépenses publiques et privées de santé au Québec et de les comparer avec celles des autres provinces canadiennes. Nous voulons aussi identifier le rôle des dépenses de santé en général et des dépenses en médicaments sur la santé des Québécois. Enfin, nous avons recours à quelques exemples de médicaments récemment introduits pour illustrer l'importance des produits pharmaceutiques comme déterminants de la santé. On pense ainsi pouvoir aider le gouvernement à décider, à partir des données disponibles, de la meilleure voie à suivre dans les années à venir au titre des dépenses du régime d'assurance médicaments.

Avant d'examiner les dépenses de santé en produits pharmaceutiques ainsi que leur effet sur la santé, on voudrait faire quelques rappels. Par exemple, il faut rappeler le mécanisme unique de consommation des soins de santé et le rôle du gouvernement dans ce processus. Et il faut aussi établir le contexte économique dans lequel ces dépenses ont évolué et reconnaître les impératifs fiscaux de la province.

Donc, commençons par un rappel historique. Je vous rassure, il sera court. Le financement des services de santé a été déterminé par un jeu complexe entre les pressions sociales pour l'obtention de soins de santé accessibles à tous et la capacité fiscale des gouvernements. Bien entendu, dans le cas du Canada, l'intervention massive des différents paliers de gouvernement a nécessité des processus de contrôle pour éviter les débordements de coûts. Ainsi les médicaments sont soumis à une approbation médicale par Santé Canada, leur prix à une commission de fixation des prix et leur remboursement à une approbation provinciale de leur inscription sur la liste des médicaments remboursés. Ceci n'est pas inhabituel, pratiquement toutes les ressources en santé sont soumises à ce type de contrainte, depuis le nombre de places en faculté de médecine jusqu'au financement des hôpitaux. D'autre part, ce sont des mécanismes qui sont adoptés de façon assez courante dans les autres pays du monde.

Entre 1975 et 1992, les dépenses par habitant associées à la mission gouvernementale d'offre de services sociaux ont plus que doublé. Ce fut là une croissance plus rapide que celle de n'importe quel autre service offert par le gouvernement. Pourtant, depuis 1992, les dépenses par habitant ont stagné, ceci résulte bien la situation du domaine de la santé et de la réadaptation sociale: en croissance de 1975 à 1992, en stagnation depuis.

Pendant les années quatre-vingt-dix, les hôpitaux de courte durée ont été la cible principale du gouvernement dans sa recherche de réduction des coûts de santé.

Cette opération de réduction a représenté un effort majeur et même, comme en témoignent les difficultés éprouvées par les utilisateurs, un effort draconien.

La RAMQ ayant été relativement épargnée jusqu'alors semble être une cible naturelle. Le gouvernement se penche donc avec raison sur les déterminants des dépenses de la RAMQ et par conséquent sur les dépenses encourues à la suite de l'introduction du programme de médicaments. Cependant, la tâche est rendue d'autant plus difficile que l'introduction récente du programme d'assurance médicaments introduit une source naturelle d'augmentation des coûts dans le budget de la RAMQ. En fait, cette nouvelle initiative gouvernementale est victime de son propre succès à la suite de l'engouement des Québécois pour cette assurance.

Déterminer le bien-fondé d'une politique de réduction des coûts des médicaments requiert une compréhension globale de leur consommation et du rôle des services publics dans le remboursement de ces services. Notre analyse des dépenses publiques de santé au Québec indique que la situation n'est pas hors de contrôle. En fait, les dépenses publiques de santé baissent d'environ 1 % par an depuis les années quatre-vingt-dix, et ceci est d'autant plus étonnant dans une société qui s'enrichit et où un service tel que la santé devrait donc connaître une demande accrue.

Par ailleurs, la comparaison de la situation du Québec avec celle des autres provinces canadiennes soulève des questions intéressantes. Nous commençons donc avec une comparaison de la province de Québec avec les autres provinces canadiennes. En 1975, les dépenses de santé publique et privée au Québec étaient de 18 000 000 000 \$, soit 11 % du PIB de la province, contre 86 000 000 000 \$, soit 11,5 % pour le reste du Canada. Les dépenses sont donc à un niveau similaire par rapport au PIB.

Le gouvernement du Québec dépensait 1 368 \$ par habitant — on est précis — alors que le reste du Canada en dépensait 1 326 \$; donc, vous voyez bien qu'il s'agit de chiffres à peu près identiques. Globalement, les Québécois dépensaient, directement ou par l'intermédiaire de leur gouvernement, à peine 2 % de moins que leurs compatriotes hors Québec. Aujourd'hui, les Québécois dépensent 16 % de moins, soit 480 \$ de moins par habitant et par an. Cet écart s'explique en partie par des dépenses personnelles plus faibles, mais aussi par un niveau de dépenses publiques en santé plus faible. Le gouvernement du Québec dépense 15 % de moins par habitant que les gouvernements provinciaux ailleurs au Canada. L'implication du calcul qui précède est qu'un Québécois s'expatriant en Ontario aurait non seulement un niveau d'imposition plus faible, mais aussi des services de santé plus complets, sans compter qu'il aurait des grandes chances d'avoir un revenu avant impôts supérieur.

La comparaison de l'évolution des dépenses gouvernementales est donc simple, elles étaient les mêmes en 1975, au Québec comme dans le reste du Canada, et elles sont maintenant 15 % plus faibles. Ceci résulte de taux de croissance fort différents. Les dépenses de santé au Québec augmentent après inflation à un rythme de 1 % par an, de 1975 à 1990, contre 2 % par an dans le reste du

Canada. Depuis, les dépenses de santé par habitant provenant du secteur public ont baissé au rythme annuel de près de 1 % par an, alors qu'elles se sont maintenues dans le reste du pays. Les implications qui précèdent sont importantes et pourraient être lourdes de conséquences si les dépenses de santé sont en fait un indice du bien-être de la population à long terme.

Commençons par le programme de médicaments. Deux questions se posent: Tout d'abord, quelle est l'évolution, à travers le temps et par rapport aux autres provinces du pays, des dépenses en médicaments au Québec? Par ailleurs, comment ont évolué les dépenses publiques et privée étant donné les changements majeurs intervenus depuis quelques années?

Commençons par l'évolution des dépenses en médicaments. Il est important de rappeler que les dépenses en médicaments, au Canada comme au Québec, représentaient 0,1 % du PIB en 1975 et 0,5 % du PIB en 1999. Le niveau de dépenses reste donc très faible par rapport à la puissance économique, que ce soit de la province ou du pays. Malgré ça, les dépenses en médicaments par habitant ont crû considérablement pendant les 15 dernières années. Au Québec, elles se multiplient par 2,3 entre 1975 et 1999; dans le reste du Canada: 2,4.

● (16 h 10) ●

Le rythme de la croissance des dépenses publique et privée par habitant en médicaments au Québec s'est accru légèrement depuis 1991. De 1975 à 1990, le rythme de croissance était de 3 %. Maintenant, depuis, il est de 4 %. Au Canada, la situation est encore plus marquée cependant, avec une augmentation similaire de 1975 à 1990 mais une croissance de près de 5 % entre 1991 et 1999. L'implication, c'est donc que, malgré l'augmentation légèrement plus rapide de la croissance des dépenses en médicaments dans les 10 dernières années, cette croissance s'est fait sentir de façon encore plus importante dans le reste du pays.

En 1975, au Québec, comme dans le reste du Canada, les dépenses en médicaments représentaient 10 % des dépenses de santé; en 1999, 15 % au Canada, hors Québec, et 17 % au Québec. Cette différence est due au niveau plus faible de dépenses globales et non au niveau plus élevé de dépenses aux médicaments. Autrement dit, ce n'est pas que le Québec dépense plus en médicaments que le reste du Canada, mais plutôt que, comme les dépenses globales sont plus faibles, en pourcentage des dépenses, les dépenses de médicaments sont plus élevées au Québec. Cette hausse importante de la part des médicaments dans les dépenses globales en santé des Canadiens s'accompagne d'un changement considérable de la distribution de ces dépenses entre secteur public et secteur privé.

On se penche donc maintenant sur le rôle du gouvernement. En 1975, la part du secteur public dans les dépenses en médicaments était d'environ 13 % au Québec et dans le reste du Canada. En 1990, les parts du secteur public sont de 33 % et de 35 % au Québec et dans le reste du Canada. La différence majeure entre 1991 et 1999, donc depuis 1991, est que la part des dépenses publiques

dans le reste du Canada a baissé à 31 % alors qu'elle a continué à augmenter au Québec. Donc, jusqu'en 1991, au Québec et au Canada, l'augmentation est la même. À partir de 1991, elle continue à augmenter au Québec alors qu'elle se stabilise et baisse même légèrement au Canada.

Pour les dépenses publiques en médicaments, la situation est similaire. Elles représentaient 1,7 % à 1,8 % des dépenses de santé du gouvernement mais représentent maintenant 6 % des dépenses publiques de santé au Canada hors Québec, contre 8 % au Québec. Le gouvernement du Québec dépense donc une partie plus importante de son budget de santé en médicaments que les autres provinces. L'importance des médicaments au Québec s'explique en partie par un niveau de dépenses par habitant marginalement plus élevé que dans le reste du pays mais surtout, de nouveau, par le niveau global de dépenses plus faible, de près de 20 %.

Il est donc immédiat de conclure que les dépenses publiques en médicaments sont responsables d'une partie importante de la hausse des dépenses de santé mais aussi que la part importante des dépenses en médicaments dans le budget de la santé résulte du plus faible niveau de dépenses globales plutôt que d'une consommation excessive de médicaments.

Or, quelles sont les causes de l'augmentation des dépenses en médicaments? La hausse des dépenses peut découler de l'augmentation de la consommation de médicaments ou de l'augmentation des prix des médicaments. Notre analyse montre que plus des deux tiers de l'augmentation des dépenses en médicaments s'expliquent en fait par une augmentation de la consommation des médicaments et le tiers restant s'explique par une augmentation du prix des médicaments. Il ne s'agit pas simplement d'une inflation, c'est-à-dire d'une augmentation du prix d'un médicament donné, mais plutôt d'une modification du panier de médicaments disponibles pour les habitants alors que les médicaments s'améliorent et simultanément leurs prix augmentent. Il s'agit donc de molécules différentes.

Nous ne pouvons pas examiner de façon systématique dans le cadre du mémoire les sources d'augmentation relative des prix et des quantités, mais on peut certainement distinguer la quantité de médicaments consommés du prix. Ça conclut notre analyse de l'évolution des dépenses en santé et en médicaments tant publiques que privées.

Maintenant, nous voudrions nous pencher sur une autre question très importante qui est l'impact de cette augmentation des dépenses sur la qualité de vie, en fait, l'espérance de vie et, dans notre cas ici, la mortalité infantile. La question à laquelle nous tentons de répondre est donc la suivante: Étant donné l'augmentation des coûts de santé et l'augmentation des dépenses en médicaments, quels sont les bénéfices que les Québécois retirent de ces dépenses supplémentaires?

Traditionnellement, les épidémiologistes utilisent trois mesures de bien-être de la population: le taux de survie à la naissance — c'est ce qu'on appelle traditionnellement la mortalité infantile; l'espérance de vie à la

naissance; et la troisième, c'est l'espérance de vie à partir de 65 ans, qui est particulièrement importante dans le cas d'une analyse sur les médicaments parce que les grands consommateurs de médicaments sont des gens qui typiquement ont plus de 65 ans.

Dans les trois cas, on observe une amélioration nette du bien-être des Québécois. Le taux de survie à la naissance a augmenté de 98,5 % à 99,5 %, donc d'environ 1 %; et pour les hommes, de 98,4 % à 99,5 %, donc une situation similaire. En 20 ans, les gains sont considérables. L'espérance de vie a aussi augmenté de six ans pour les hommes comme pour les femmes. C'est donc une augmentation de près de trois mois par an. Chaque année, les Québécois peuvent espérer vivre trois mois de plus. C'est là, de nouveau, une augmentation considérable et contraire à l'intuition habituelle qui est que nos gains en espérance de vie, depuis l'introduction de la pénicilline, n'ont pas augmenté énormément. Ce n'est pas le cas, les gains sont considérables.

Évidemment, l'augmentation simultanée de dépenses de santé et de médicaments et celle de l'espérance de vie ne permettent pas de conclure que l'une est la source de l'autre. Cependant, la corrélation entre les mesures de bien-être et celle des dépenses de santé est de plus de 90 %. Donc, pour déterminer si ce mouvement parallèle est en effet associé à une relation de cause à effet requière des méthodes plus sophistiquées d'analyse économétrique. Nos propres travaux ont établi — c'est un article publié en 1999 dans la revue *Health Economics* — au Canada et pour chacune des provinces que l'augmentation des dépenses de santé est associée à une augmentation de l'espérance de vie et une réduction de la mortalité infantile, même lorsqu'on contrôle pour les changements de consommation en alcool, en tabac, changement de nutrition, changement de revenus, densité de population, de consommation de viande, de gras, etc.

D'autres travaux qui portent sur les pays de l'OCDE montrent que la consommation de produits pharmaceutiques est, elle aussi, associée à une augmentation de la durée de vie et à une diminution de la mortalité infantile. Ces résultats sont encourageants puisqu'ils suggèrent que le Canada, comme les autres pays de l'OCDE, continue à enregistrer des gains de bien-être grâce à sa consommation de médicaments.

Par ailleurs, la comparaison réalisée par Frech et Miller, en 1999, montre aussi que le Canada est au quatrième rang sur les 21 pays de l'OCDE en termes de gains de bien-être grâce à sa consommation de produits pharmaceutiques. Autrement dit, le Canada est un des pays de l'OCDE qui retire le plus de bénéfices en termes d'espérance de vie de chaque dollar de consommation de produits pharmaceutiques.

Pour confirmer les résultats macroéconomiques que nous venons de décrire, nous avons aussi recensé un certain nombre de conditions dont les taux de mortalité où les conditions de vie ont été améliorées de façon importante au cours des 20 dernières années. En termes d'espérance de vie, les patients atteints du sida sont probablement ceux qui doivent le plus au progrès de la

médecine et de la pharmacothérapie. Alors que le sida était une maladie terminale il y a 10 ans, il s'agit maintenant d'une condition chronique qui ne peut être guérie, mais peut être soignée de façon à permettre aux patients atteints de connaître une vie à peu près normale. Ceci est en contraste avec les pays en voie de développement où l'absence de ressources ne permet pas l'accès aux médicaments disponibles en Amérique du Nord et en Europe.

D'autres exemples tels que la leucémie infantile, les cancers des testicules sont aussi des exemples où les taux de mortalité ont chuté de façon absolument dramatique ces dernières années grâce à l'introduction de nouveaux médicaments. Par ailleurs, l'introduction de nouveaux médicaments a aussi un impact majeur sur la vie des patients qui souffrent de maladies dont les effets secondaires ne sont pas forcément mortels, mais les empêchent de connaître une vie normale. La migraine conduit à des pertes économiques au Canada de 500 millions de dollars par an — c'est un chiffre de 1992 — simplement parce que les personnes atteintes ne pouvaient pas se rendre au travail ou ne pouvaient pas travailler normalement si elles s'y rendaient. Similairement, les effets secondaires du traitement du cancer conduisent à des effets importants qui, pour un employeur, peuvent doubler les coûts associés à chacun des employés atteints. Là comme pour les migraines, l'apparition de nouveaux médicaments a permis de réduire ou d'éliminer ces pertes économiques et bien sûr d'améliorer les conditions de vie des patients.

Qu'est-ce qu'on peut conclure, à partir de l'analyse que nous avons réalisée? Les coûts de santé au Québec n'ont pas augmenté depuis 10 ans. Per capita, le Québec dépense près de 20 % de moins que les autres provinces sur la santé de ses habitants et, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les dépenses des médicaments ont augmenté de façon sensible, mais légèrement moins rapide que dans le reste du pays.

Par ailleurs, le Québec est une province riche où les besoins de première nécessité tels que le logement et la nourriture sont comblés au moins pour la majorité des citoyens et la santé est donc maintenant un service de première nécessité, tout comme la nourriture ou le logement l'étaient il y a 20 ans. De plus, contrairement à la croyance populaire, les Québécois continuent à enregistrer des gains en longévité et en qualité de vie importants, qui sont en partie liés à l'accès qu'ils ont à des soins de santé de qualité, y compris des médicaments performants. Les exemples spécifiques, tout comme les statistiques que nous mentionnons dans le mémoire que nous vous avons remis, montrent que de nombreux hommes, femmes et enfants doivent leur capacité à profiter pleinement de la vie, et même parfois leur survie, à l'augmentation des dépenses de santé en général et au progrès de la pharmacothérapie en particulier.

La question que la commission pourrait se poser et que les Québécois pourraient se poser aussi est la suivante: L'accès aux médicaments de 1999, c'est-à-dire l'accès aux médicaments disponibles en 1999 plutôt que ceux qui étaient disponibles en 1975, vaut-il une dépense totale par

habitant de 230 \$ dont 120 \$ pour le secteur public et 110 \$ pour le secteur privé, autrement dit pour les individus? Lorsqu'on compare ce coût au coût annuel du branchement de la télévision par câble ou de l'assurance automobile, la réponse nous paraît évidente.

● (16 h 20) ●

Or, nous avons montré que les dépenses de médicaments sont faibles par rapport à d'autres dépenses de consommation courante.

Ceci dit, on est conscients des impératifs budgétaires auxquels la commission parlementaire doit faire face. Nous avons donc examiné l'impact de certaines modifications aux règles de remboursement des médicaments. Le tableau que nous allons vous distribuer — que j'ai ici, si on peut vous le faire passer, on a un tableau supplémentaire qu'on voudrait vous montrer — montre l'impact probable de différentes approches possibles. La leçon importante du tableau, c'est que toute modification des règles de remboursement et toute réduction des dépenses au titre des médicaments se soldent par des impacts négatifs à court terme ou à long terme, pour les patients, le gouvernement ou l'industrie pharmaceutique du médicament breveté.

Il faut donc que le gouvernement soit conscient de ces impacts. Il est évidemment politiquement plus facile de choisir une approche qui n'a pas d'impact à court terme comme, par exemple, l'entrée de génériques ou la réduction du remboursement des médicaments. Cependant, les effets de long terme peuvent être intéressants et dépenser les bénéfices que nous pourrions réaliser à court terme. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, merci, M. Crémieux, pour votre exposé. Je cède maintenant la parole à l'adjointe parlementaire de la ministre, la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Bonjour, M. Crémieux, M. Ouellette. D'entrée de jeu, vous avez signifié que peut-être, vu que c'était en toute fin d'après-midi, d'avoir un exposé d'économiste, ça pouvait être difficile. Je dois dire quand même que, malgré tout, il était assez clair pour qu'on puisse s'y retrouver en partie. Je prends à mon compte l'autre partie. Peut-être que ce n'était pas la clarté de votre exposé mais peut-être un peu un manque de formation d'économiste de ma part qui faisait qu'il y avait des bouts que je ne pouvais pas nécessairement suivre.

Mais, dans ce sens-là, ce que je comprends d'une façon générale, c'est qu'il est important que les Québécois et Québécoises aient accès à des médicaments, aient accès aussi à un régime de santé qui répond à leurs besoins. Est-ce que je pourrais vous demander, dans le fond, si vous êtes... J'en conclus là — je vérifie — que vous êtes favorables à la mise en place d'un régime d'assurance médicaments, peut-être pas tel qu'il a été mis, en tout cas, mais à la mise en place, d'une façon générale, d'un régime d'assurance médicaments.

Est-ce que vous êtes aussi d'accord avec son caractère mixte — parce qu'il y a une phrase dans votre

mémoire qui comparait la dépense à des dépenses plus courantes à la fois pour les individus — son caractère contributoire, disons, de la part des adhérents?

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

M. Crémieux (Pierre-Yves): Là, je crois qu'il y a deux aspects fondamentaux. Le premier, c'est que le problème d'une couverture universelle qui n'implique aucun coût pour les utilisateurs, c'est que, évidemment, si vous n'avez aucun coût et que par ailleurs vous ne pouvez retirer que des bénéfices de la consommation de médicaments ou de santé ou de quoique ce soit d'autre, il n'y a aucun mécanisme de discipline en quelque sorte imposé aux consommateurs.

Donc, typiquement, je dirais: Le consensus des économistes consiste à dire qu'évidemment il y a une externalité positive à la consommation de médicaments et il est donc normal que le gouvernement y participe et en finance une partie importante, mais par ailleurs il est probablement aussi important de s'assurer que la gratuité n'est pas totale pour que les patients continuent à être au moins conscients du fait que la consommation de médicaments a un impact sur leurs finances, même si c'est un impact indirect, par l'intermédiaire de leur gouvernement. Donc, l'aspect mixte du...

Alors, on peut discuter, à savoir quel pourcentage on veut établir mais, a priori, l'aspect mixte des dépenses en médicaments paraît cohérent avec l'a priori de la plupart des économistes sur les besoins à la fois d'offrir le service, mais de continuer à avoir une dimension, je dirais, disciplinaire, disciplinaire dans le sens d'imposer une discipline aux personnes qui consomment le service.

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

Mme Leduc: Alors, vous pensez qu'il y a une corrélation entre un peu le contrôle de l'utilisation des médicaments et le fait que les adhérents ou les personnes doivent contribuer aux dépenses. C'est ce que je conclus là. À ce moment-là, on pourrait dire qu'il y a peut-être une diminution mais correcte, sans que ce soit nécessairement... ou les gens ont besoin de prendre ces médicaments-là et ils ne peuvent pas se les procurer, mais il y a une certaine stabilisation, si vous voulez, dans l'utilisation des médicaments, des gens qui seraient portés à y aller justement parce que c'est gratuit. C'est ce que je comprends.

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

M. Ouellette (Pierre): Oui. Peut-être simplement une petite nuance. Enfin, le Régime d'assurance maladie du Québec a deux buts. D'une part, c'est de fournir les médicaments sur une base universelle, c'est-à-dire que tous les gens aient le droit via leur assurance d'obtenir des

médicaments, mais naturellement le régime d'assurance médicaments a aussi l'obligation morale via le gouvernement de fournir des médicaments à ceux qui ne peuvent pas s'en payer. Donc, il y a deux aspects à votre question: Est-ce que les économistes sont d'accord pour que les gens pauvres aient accès à des médicaments sans avoir à cotiser à une assurance médicaments? Ça, c'est une question de redistribution des revenus. Je dirais que socialement, c'est quelque chose qui est souhaitable. D'autre part: Est-ce que les gens qui ont la capacité de payer doivent contribuer à un régime d'assurance médicaments? À ce titre, les économistes, je dirais en grande partie, vont répondre oui parce que, en fait, les médicaments, c'est comme tout autre bien, il faut les payer.

En fait, il y a des biens plus importants que les médicaments dans la société, comme la nourriture, et on ne demande pas au gouvernement de payer 100 % de la nourriture à tout le monde. Donc, le régime d'assurance médicaments a une partie assurance publique pour que les gens puissent cotiser annuellement et, lorsqu'il sont malades, ils retirent des médicaments, et il y a la partie redistribution des revenus qui est d'assurer aux pauvres et aux personnes âgées qui n'ont pas les moyens d'avoir accès à des médicaments.

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

Mme Leduc: Maintenant, je voudrais revenir sur des affirmations que vous faites quant aux dépenses administratives que vous aviez dans votre mémoire où vous souteniez que les dépenses administratives croissent pour atteindre 0,9 milliard en 1997-1998. Et vous continuez en disant: «On peut se demander si les bénéfices de la régionalisation justifiaient les dépenses administratives atteignant près de 1 000 000 000 \$ en 1999.»

Ce que je voudrais dire, c'est qu'à notre avis, selon les analyses qui ont été faites, il est incorrect d'assimiler dans la section administration et services tout ça à des dépenses administratives parce que, dans le fond, ce que l'on considère, c'est qu'en 1997-1998, selon les chiffres du ministère, les dépenses administratives du ministère et des régies étaient de 141 000 000 \$, ce qui est loin du 0,9 milliard, soit 15 % du montant inscrit sous cette rubrique et que les autres, la majorité des dépenses, allaient pour des services, soit des services préhospitaliers d'urgence, programme de... familles, résidences d'accueil, hospitalisation hors Québec. Et, dans ce sens-à, les chiffres du ministère disent que les dépenses purement administratives comme telles ont diminué de 1992 à 1993... en 1997-1998, ont passé de 150 000 000 \$ à 141 000 000 \$. Alors, je voudrais quand même faire cette précision, dans le grand titre administration et services, ce n'est pas juste de l'administration bureaucratique qui est entrée là-dedans, et elle a diminué selon les chiffres du ministère.

Maintenant, ce que j'aimerais savoir aussi... On a parlé de différentes façons, il y a différents scénarios qui ont été présentés dans les pistes de révision. On sait que

les dépenses de médicaments de la RAMQ seront de 1,2 milliard cette année; le rythme de croissance qui est prévu, c'est 15 % par année pour l'avenir prochain. Maintenant, comment voyez-vous le problème de la viabilité financière de ce programme? Et vous l'avez abordé un peu, vous avez dit: Non, pas pour l'universalité. Mais sur les autres scénarios qui étaient dans les pistes de solution, est-ce que vous pouvez élaborer un peu là-dessus, quel serait à ce moment-là, vous croyez, le scénario préférable? Je comprends que l'universalité sans contribution, etc., vous l'avez éliminée.

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

M. Crémieux (Pierre-Yves): Sur la question des frais d'administration, je pense qu'on peut en discuter, là, on regarde ça depuis un certain temps, il y a en effet différentes façons de les calculer. On pourrait y revenir dans un autre cadre. Là, on devrait se concentrer sur la question des médicaments.

Et, sur la deuxième question, là, de nouveau il faut faire attention à ce qu'il y a derrière les chiffres. Autrement dit, si vous regardez l'augmentation des dépenses, disons qu'on peut associer... À l'introduction de l'assurance médicaments, vous avez en effet une augmentation de 15 % par an. Mais quand vous regardez ce que c'est que cette augmentation, en réalité l'augmentation totale des dépenses par an en médicaments, donc publiques et privées, n'est que de 4 %. Autrement dit, ce qu'on observe, ce n'est pas une augmentation brusque de la quantité d'argent qui s'en va en direction des dépenses en médicaments mais plutôt un déplacement des dépenses privées vers les dépenses publiques.

Autrement dit, ce qui se passait avant, c'est que les individus dépensaient beaucoup d'argent sur les médicaments et le gouvernement dépensait peu. L'introduction de l'assurance conduit à ce que les individus en dépensent moins. En fait, leur consommation, elle a stagné depuis 1997 et, à la place, on a vu une augmentation des dépenses gouvernementales. Donc, si vous regardez seulement les dépenses gouvernementales, c'est très inquiétant, mais il n'y a aucune raison de penser que ça va continuer. Autrement dit, ce que vous avez, c'est un phénomène de mise en place d'un système.

● (16 h 30) ●

Si, en 1975, vous aviez regardé la croissance des dépenses de santé pour le gouvernement, elle aurait été faramineuse. Pas parce que, brusquement, tout le monde se mettait à consommer des médicaments, mais simplement parce que le gouvernement remplaçait les dépenses qui avaient été réalisées par des individus au préalable. Et donc, ça veut dire qu'on peut s'attendre à ce que, dans les années qui viennent, cette augmentation se stabilise et donc c'est sûr que, si vous faites une projection avec une augmentation de 15 % par an sur 10 ans, vous allez aboutir à la fin, le PIB entier du Québec passe dans l'assurance médicaments. Mais ce n'est pas ça qui va se passer.

Mme Leduc: Alors, si je conclus, c'est que vous avez dit que ça augmentait, si on ne prend pas le transfert, d'une façon globale, environ de 4 %. Donc, c'est ça que vous prévoiriez, comme économiste, pour les prochaines années?

M. Crémieux (Pierre-Yves): C'est ça. Autrement dit, une fois qu'il y aura stabilisation de la redistribution entre le secteur privé et le secteur public, vous allez probablement voir une augmentation de l'ordre de 4 % avec le caveat que le vieillissement de la population ne nous a pas encore frappés — on en parle beaucoup, mais, en réalité, le changement n'est pas très important. Ce vieillissement de la population va nous frapper dans les 10 années qui viennent et, en fait, je pense que c'est dans 10 ans qu'on voit la courbe brusquement augmenter du pourcentage de personnes de plus de 65 ans. Et donc, là, on peut s'attendre à ce qu'il y ait une augmentation des consommations de médicaments qui soit importante, mais qui sera non pas liée de nouveau à une inflation ou à une consommation inutile, elle sera liée simplement à un changement des besoins des personnes. Ces gens-là, ils consommeront moins d'ordinateurs et plus de médicaments parce qu'ils seront plus âgés.

Mme Leduc: Je vous remercie, pour le moment.

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

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci beaucoup pour votre présentation. J'ai lu votre mémoire, j'ai écouté votre présentation et je vais juste dire ce que je pense que j'ai entendu. Pendant des années, nous avons vu un transfert de notre système de santé, des hôpitaux et des établissements, vers les médicaments. Selon votre recherche, la corrélation brute entre l'espérance de vie, la mortalité infantile et les dépenses de santé et de médicaments est supérieure de 90 %. Nous avons vu une augmentation de qualité de vie, sans répéter vos chiffres, mais, en général, c'était comme ça. Avec ça, ici, au Canada, nous avons un système où on protège le concept d'universalité et gratuité comme principe de base. Et, pendant des années, selon vos études, nous avons lentement changé la nature même de notre système de santé et nous sommes en train d'utiliser de plus en plus les médicaments comme intervention médicale, avec un grand succès, selon votre chiffre. Fantastique. C'est bon. Et Québec n'a pas augmenté les coûts plus que les autres.

Je suis logique, mais j'ai entendu votre présentation et le gouvernement essaie de nous convaincre qu'on doit juste accepter comme acquis qu'on accepte les primes, les franchises, les augmentations des primes et franchises. Si mon interprétation de votre présentation est correcte, on doit peut-être tenir compte de l'utilisation des médicaments plus comme une intervention dans notre système de santé. Et j'arrive à la question. Il me semble que nous sommes en train, lentement mais sûrement, par la porte d'en arrière, de créer un système de santé à deux vitesses.

Parce que, selon votre chiffre, nous sommes en train d'utiliser les médicaments de plus en plus, avec un grand succès. C'est notre intervention fantastique. Mais on essaie de nous convaincre qu'on doit charger pour ça. Mais le principe de base de notre système de santé, c'est universalité et gratuité. Est-ce que j'ai bel et bien compris que c'est un peu votre analyse et que, selon vous, nous sommes en train, actuellement, de créer un système de santé à deux vitesses?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Crémieux ou M. Ouellette.

M. Ouellette (Pierre): Oui, enfin... C'est une question très délicate, bien entendu. On se rend compte de la pertinence de la question, mais je ne suis pas sûr d'avoir une réponse aussi pertinente. Il faut bien comprendre que, avant l'instauration du régime d'assurance médicaments, plusieurs personnes payaient de leur poche. L'universalité et l'accessibilité aux soins, c'est toujours défini par rapport à des programmes mis en place par un gouvernement. Donc, avant l'instauration du régime d'assurance médicaments, les gens ne payaient pas pour les médecins, ils ne payaient pas pour l'hospitalisation, et il y avait des catégories dans la population qui ne payaient pas pour les médicaments: les assistés sociaux, les personnes âgées et aussi les patients hospitalisés. Depuis l'instauration de l'assurance médicaments, les gens doivent cotiser et donc les médicaments deviennent, pas gratuits, mais ils deviennent accessibles gratuitement à la condition que les gens paient, et donc le prix du médicament, c'est le prix de la cotisation à l'assurance médicaments. Donc, de dire que l'instauration d'un régime d'assurance médicaments, c'est instaurer un régime médical à deux vitesses, ça me semble trop gros.

Là où il y a un danger, et ça a été mentionné, c'est que ça s'est fait en même temps qu'il y a eu un virage ambulatoire et que les gens ont quitté les hôpitaux plus rapidement. Donc, si la durée de séjour passe de 10 jours à huit jours, ça veut dire qu'il y a deux jours qu'ils doivent aller à la maison et là les médicaments ne sont pas payés, ce qui veut dire que les gens doivent assumer les coûts soit directement de leur poche, avant l'assurance médicaments, ou maintenant via le régime d'assurance médicaments, ce qui implique un transfert financier de l'enveloppe assurance hospitalisation vers assurance médicaments. Et dans la mesure où on fait payer les médicaments via des cotisations à un régime d'assurance médicaments, naturellement, ça veut dire qu'il y a un transfert du financement des hôpitaux vers les cotisations payées par les contribuables.

Alors, est-ce que, ça, c'est créer un régime à deux vitesses? Moi, je n'appellerais pas ça comme ça. C'est simplement le fait qu'on considère que les gens n'avaient pas besoin, si effectivement c'est démontré, de rester à l'hôpital aussi longtemps, parce que, en fait, il y a présence de coûts fixes extrêmement importants, il y avait un besoin financier de réduire le financement des hôpitaux à cause des coûts en structure des hôpitaux. Et donc rendre

le système viable pour les hôpitaux, ça voulait dire réduire les durées de séjour en partie, c'était le virage ambulatoire. Et un des aspects négatifs de ce virage ambulatoire, c'est que les gens doivent assumer une partie des frais de médicaments via le régime d'assurance médicaments. Donc, ça, c'est un effet pervers, si on veut. Est-ce que c'est créer un système à deux vitesses? Ça me semble un peu gros, affirmer ça.

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

M. Williams: Oui et non. Parce que je pense que vous avez touché un point assez important. Le gouvernement aime parler de 1 million, qui n'était pas couvert avant, mais c'est vraiment le virage ambulatoire. De plus en plus, nous sommes en train d'utiliser les médicaments comme intervention pour sauver dans les bons soins, assurer qu'il y a une haute qualité de vie, et aussi pour sauver de l'argent. Avec ça, nous sommes en train de changer le système lui-même, et il me semble que c'est un piège un peu, qu'on accepte tout de suite que...

Et je pousse juste pour avoir une réaction, parce que je ne veux pas dire que j'ai le monopole de la vérité, mais, quand on dit que, oui, un ticket modérateur, ça change l'utilisation, pensez-vous que les personnes qui souffrent d'Alzheimer prennent Aricept pour le fun, ou que les femmes prennent des Evista pour le fun, ou que le monde prend Singulair juste pour le fun? Non. La même chose qu'on n'entre pas dans les hôpitaux pour une intervention chirurgicale parce que nous n'avons rien à faire mardi après-midi. Il me semble que c'est un système de soins de santé. J'ai voulu juste avoir votre réaction parce que, vous-mêmes, dans votre document juste déposé, je trouve ça intéressant, avec les possibilités d'augmentation de copaiement et le ralentissement de l'acceptation des nouveaux médicaments, deux colonnes à droite assez importantes, vous avez parlé des problèmes qu'on peut voir, on peut voir les inégalités, on peut avoir une réduction de santé globale, on peut avoir la pression sur les employeurs, aussi l'impact sur le partenariat menacé avec le secteur privé, etc. Je trouve ça intéressant comme son de cloche que vous êtes en train de nous donner, parce qu'il me semble qu'on va vraiment devoir étudier, avec les chiffres que vous avez fournis aussi, l'utilisation des médicaments, c'est quoi, le coût. Et je ne suis pas convaincu qu'une augmentation de primes et participation vont nous aider à garder la même croissance, la même amélioration de la qualité de vie. Et je voudrais juste vous donner une chance de parler sur ce point.

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

M. Crémieux (Pierre-Yves): Je crois que vous mettez le doigt sur un point extrêmement important qui est que, il y a 20 ans, il n'y a personne qui aurait invité deux économistes à une commission parlementaire telle que celle-ci. Parce que, il y a 20 ans, on ne se posait pas la

question économique, parce que, étant donné les limitations médicales et technologiques, on était capable de se payer tout ce qu'on pouvait faire.

La situation aujourd'hui, elle est différente. La situation pour tous les gouvernements dans tous les pays développés, c'est qu'ils ont accès à une série d'interventions, de médicaments, de chirurgies qui est supérieure à leur capacité à payer pour les services de santé. Donc, étant donné cette situation qui est différente de ce qu'elle était avant, il est à peu près certain que l'idée que les dépenses en santé vont être payées intégralement par le gouvernement pour toujours est une idée qui ne peut pas continuer, tout simplement parce qu'il va falloir faire des choix sur qu'est-ce qu'on offre, qu'est-ce qu'on n'offre pas, est-ce qu'on offre des greffes, est-ce qu'on n'offre pas de greffe, dans quelles conditions, à qui, etc.

• (16 h 40) •

Donc, ce que ça veut dire, c'est que le choix maintenant, il est sur un continuum, et le continuum, il est entre... il y a plusieurs problèmes à regarder simultanément. Le premier problème, c'est l'équité. L'idée canadienne, c'est que les pauvres doivent avoir accès aux mêmes services que les riches. Mais ça, ça ne veut pas dire que les gens qui sont capables de se payer une intervention médicale ne doivent pas... que le gouvernement ne peut pas demander aux personnes capables de se payer une intervention médicale ou un médicament de participer à la dépense. Pourquoi? Parce que le gain associé à cette participation, c'est une réduction de la consommation. Je comprends bien qu'il y a des médicaments... personne ne prend de la chimiothérapie pour le fun.

Ceci dit, toutes les études qui ont été réalisées, en particulier aux États-Unis, montrent que plus le copaiement est élevé, plus la consommation est faible. Et ça, c'est vrai pour les consommations de tous les biens. Et donc, ça veut dire que l'idée d'un copaiement sous une forme ou une autre est, à mon avis, inévitable. Pensez, par exemple, aux antidépresseurs, aux antianxiolytiques. Il y a tout un tas de médicaments qui sont des médicaments où, contrairement aux médicaments contre l'Alzheimer, eh bien, la décision d'en prendre plus longtemps ou moins longtemps va être en partie déterminée par l'imposition financière que ça va représenter pour le patient. Mais c'est une question extrêmement importante.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Nelligan? Terminé? Alors, il reste deux minutes pour madame.

Mme Leduc: Ça va. Je vais en profiter pour remercier MM. Crémieux et Ouellette. Quand même, ça nous a donné d'autres pistes de réflexion qu'on prendra en compte dans l'ensemble des analyses qui ont été présentées. Merci beaucoup.

M. Crémieux (Pierre-Yves): Tout le plaisir est pour nous.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Crémieux et M. Ouellette, nous vous remercions pour votre exposé, c'était très intéressant.

M. Crémieux (Pierre-Yves): Merci.

Mémoires déposés

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, écoutez, avant de procéder aux remarques finales, j'aimerais déposer, c'est-à-dire pour les rendre publics et pour valoir comme s'ils avaient été présentés devant la commission, j'aimerais déposer les mémoires des personnes et des organismes suivants qui n'ont pas été entendus, c'est-à-dire: l'Association coopérative d'économie familiale de Québec, l'Association d'information sur l'allergie et l'asthme, l'Association des centres d'accueil privés autofinancés inc., l'Association des dépressifs et des maniaque-dépressifs, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec et regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, l'Association pour la défense des droits sociaux de l'Outaouais, l'Association pour la défense des personnes et biens sous curatelle publique, l'Association pulmonaire du Québec, CIBA Vision Canada inc., CLSC la Petite-Patrie, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, Comité d'action sur l'assurance médicaments du KRTB, Conseil consultatif des aînés de l'Est du Québec, Conseils de planification et de financement des services aux personnes âgées et aux familles de la Fédération CJA, Conseil pour la protection des malades, Eli Lilly Canada inc., Fédération de la santé et des services sociaux CSN, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, Fédération québécoise des sociétés Alzheimer, Fondation québécoise de la migraine et des céphalées, Groupe pharmaceutique Bristol-Myers Squibb, Groupe-conseil Aon inc., Mme Nicole Huppé, Institut de pharmacopée chinoise, Jeunesse au soleil inc., M. Jean-Yves Julien et Mme Janine Matte, pharmaciens, M. Serge Lambert, M. Tommy Larouche, Les Aînés en forme, Mme Lucille Martin-Bordeleau et MM. Gilles et Alain Bordeleau, Novartis Pharma Canada inc., M. André Paquet, pharmacien, Parti de la démocratie sociale, Projet Genèse, ainsi qu'une lettre d'appui de Bristol-Myers Squibb au mémoire des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, recherche et développement.

Alors, bien sûr, avant de passer aux remarques finales, je veux tout simplement vous souligner que nous avons reçu 85 mémoires dans le cadre de cette consultation, 51 organismes ont été entendus, c'est près de 40 heures d'auditions. Alors, je veux vous remercier et vous féliciter bien sûr pour votre collaboration.

Je suspendrais pour cinq minutes pour permettre au porte-parole de l'opposition de même qu'à la ministre de venir faire leurs remarques finales. Alors, je suspends les travaux pour cinq minutes.

(Suspension de la séance à 16 h 44)

(Reprise à 16 h 50)

Remarques finales

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Alors, si vous voulez prendre place, s'il vous plaît. Alors, la commission est rendue à ses remarques finales. Donc, je vais permettre en premier lieu au porte-parole de l'opposition officielle, le député de Vaudreuil, de faire ses remarques finales. Vous disposez d'environ 15 minutes, M. le député de Vaudreuil. Et, par la suite, Mme la ministre fera également ses remarques finales. Alors, à vous la parole, M. le député de Vaudreuil.

M. Yvon Marcoux

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Alors, je vais faire de très brèves remarques à l'occasion de la fin des séances de cette commission parlementaire sur les affaires sociales. Nous avons mentionné au point de départ, dès le début des séances de la commission, que nous déplorions la hâte avec laquelle la ministre avait convoqué la commission pour consulter, de façon réelle, les groupes concernés par des modifications éventuelles à la loi sur le régime d'assurance médicaments.

Effectivement, le dernier document qu'elle avait déposé, c'était, je pense, le 2 février, et on demandait que les mémoires soient entrés en commission parlementaire pour le 11 février, alors qu'on sait que c'est un système qui est complexe, qu'il y a énormément d'impacts et dont les modifications pourront avoir des conséquences importantes sur des clientèles, notamment des clientèles qui sont parmi les plus démunies de notre société. D'ailleurs, il y a bien des groupes qui, à l'instar de ce que nous avons mentionné, ont également indiqué leur déception de voir que la commission avait donné si peu de temps, que la ministre avait donné si peu de temps aux groupes pour se préparer, parce que plusieurs d'entre eux sont souvent des bénévoles, des gens qui doivent aussi consulter leurs membres avant de venir en commission parlementaire, ici, pour faire leurs recommandations. Et, si la ministre avait vraiment voulu consulter, donner le temps aux groupes d'analyser, d'approfondir le document qu'elle avait présenté neuf jours avant de demander la production des mémoires, eh bien, je pense que ça aurait pu être différent. Nous déplorons cette attitude et nous espérons que, à l'avenir, ce sera corrigé et qu'on donnera aux groupes qui sont intéressés, qui prennent du temps de façon sérieuse pour venir exprimer leur opinion... qu'ils auront le temps de bien se préparer.

D'autant plus, vous savez que la ministre a déjà confirmé qu'il y aurait une augmentation des primes. Alors, ce n'est pas nouveau. Au début de la commission parlementaire, toutes les options étaient ouvertes, mais, au fur et à mesure de l'évolution, ça s'est précisé et, en Chambre, il y a une semaine et demie, la ministre a confirmé qu'il y aurait une augmentation des contributions et des primes.

Vous savez, simplement pour faire un bref historique, et bien des groupes l'ont rappelé, l'objectif principal de la mise en place de la portion du régime concernant les prestataires d'aide sociale et les personnes âgées était de faire des économies, donc de réduire les dépenses du gouvernement sur le dos des plus démunis. Et d'ailleurs il y a un mémoire qui nous a indiqué — donc, ce n'est pas l'opposition officielle qui l'a fait — qui a calculé l'impact des réductions de dépenses et qui indiquait que, de 1996 à 1999, le gouvernement, en imposant les contributions et les primes, a économisé plus de 100 millions de dollars, donc année pour année, et ce qui est beaucoup.

Plusieurs mémoires également ont souligné la rapidité avec laquelle le régime, en 1996, avait été mis en place, ont déploré que le gouvernement n'ait pas suffisamment analysé les impacts. L'opposition, à ce moment-là, avait indiqué que les changements qui étaient proposés, les primes qui allaient être exigées et les contributions allaient obliger des personnes à choisir entre le logement et les médicaments, entre la nourriture et les médicaments. Le rapport Tamblin, qui a été rendu public au début de l'année 1999, dont les conclusions étaient déjà connues en 1998, à l'automne, est venu confirmer que la mise en place du régime a eu des impacts désastreux sur des clientèles les plus démunies, notamment les prestataires d'aide sociale avec des contraintes à l'emploi.

Malgré la modification tardive qui a été apportée par le gouvernement au début d'octobre dernier, par la ministre, bien des groupes sont venus témoigner ici, en commission parlementaire, que les clientèles les plus démunies avaient encore des problèmes d'accessibilité. Les groupes sont venus nous dire, qui oeuvrent dans le milieu communautaire, qu'ils doivent évidemment obtenir du financement, des banques de financement, pour permettre à des personnes âgées et même à des prestataires d'aide sociale de pouvoir avoir accès à des médicaments essentiels.

Vous savez, on a parfois exagéré le cri du cœur qui avait été lancé par certaines personnes au moment de la divulgation du document par la ministre indiquant qu'il y aurait des augmentations de primes. Par exemple, une madame, ici, qui disait: «Pour mon mari, c'est un gros problème, il a à peu près 1 000 \$ par mois.» C'est Mme Giguère, retraitée, à Québec. Vous avez également Mme Moir, la directrice de la Fédération des personnes âgées, qui dit: «Les nouvelles hausses envisagées sont tout simplement inacceptables et impensables pour les personnes à bas revenus gagnant moins de 17 000 \$ par année.» Et c'est ce que sont revenus répéter ici, devant la commission, beaucoup de groupes.

Je pourrais simplement choisir. Par exemple, les personnes âgées... La Fédération de l'âge d'or du Québec a dit: «Les personnes âgées rejettent le plan Marois. La FADOQ rappelle que les diverses mesures fiscales imposées ces dernières années ont réduit le revenu disponible des personnes âgées et que l'introduction, en 1996, du régime public d'assurance médicaments a contribué à resserrer davantage le budget des aînés. La limite serait atteinte pour un grand nombre d'entre eux et toute

augmentation des primes leur serait néfaste.» Et la Fédération de l'âge d'or a demandé à la ministre de refaire ses devoirs à cet égard-là.

Le Protecteur du citoyen également est venu devant la commission parlementaire pour dire évidemment que la ministre de la Santé et des Services sociaux ne prend pas en compte tous les aspects du régime. Il dénonce aussi les injustices de la Loi sur l'assurance-médicaments envers les personnes à faibles revenus, les aînés et les assistés sociaux.

Et hier, le Conseil des aînés, qui est pourtant un organisme-conseil auprès du gouvernement, vous savez, a été peut-être encore plus péremptoire en disant même qu'on devrait songer à abolir le régime. C'est une recommandation qui fait réfléchir. Et le Conseil des aînés dit clairement, se prononce contre toute hausse ou augmentation des primes et des contributions. C'est là, je rappelle, un organisme-conseil au gouvernement. Il dit: «Il est donc hors de question que les aînés québécois subissent une nouvelle hausse du coût de leur assurance médicaments — c'est très clair — et le Conseil recommande plus de réflexion avant d'apporter des modifications au régime et suggère de former un comité de réflexion pour bien analyser les impacts des modifications au régime.»

D'ailleurs, même l'Association des hôpitaux du Québec, dans son mémoire, dit: «Après une consultation rapide auprès des intervenants oeuvrant dans le secteur de l'hôpital de jour, nous avons recueilli différentes observations. Pour plusieurs personnes âgées, la franchise réclamée par le régime actuel, même si elle semble peu élevée, a un impact sur leur équilibre budgétaire déjà précaire et les force à faire des choix.»

Alors, Mme la Présidente, je pense qu'il est clair qu'une des lignes de force qui se dégage des mémoires, c'est qu'on ne peut pas exiger davantage des personnes les plus démunies de notre société, les personnes âgées, et d'autres demandent d'analyser beaucoup plus en profondeur les principaux aspects du régime et les impacts avant de procéder uniquement à des modifications d'ordre financier. Par exemple, tout ce qui touche la question de l'indexation automatique dans la loi pose des inquiétudes. Et pourtant, vous savez, ce n'est pas nécessaire... le gouvernement avait déjà, s'il l'avait voulu, dans la loi actuelle, le pouvoir d'augmenter les primes s'il jugeait que c'était nécessaire de le faire.

• (17 heures) •

On a parlé beaucoup aussi, plusieurs mémoires, de la politique du médicament. Je pense que tout le monde est d'accord avec l'objectif d'avoir une meilleure utilisation, une meilleure consommation des médicaments, et il y a différents intervenants qui doivent s'inscrire dans ce processus. Faut-il le rappeler, en 1997, le ministre de l'époque, de la Santé, avait, avec grande fanfare, annoncé une politique du médicament. Force est de constater que presque trois ans plus tard rien n'a été fait. Et même il y a le CRUM, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, qui est venu devant la commission et qui nous a indiqué qu'il n'était pas capable d'assumer son

mandat parce qu'il manquait de financement. Donc, pas de politique, pas de progrès depuis trois ans. Un comité qui a été mis sur pied et qui vient nous dire: Évidemment, si nous voulions exercer pleinement notre mandat, nous devrions avoir des sources de financement plus importantes.

Alors, Mme la Présidente, je pense que ce qui se dégage, c'est qu'on doit, avant de procéder à des changements, analyser davantage que toute hausse de primes et de contributions va toucher les personnes les plus démunies de notre société. Et le message qu'elles sont venues nous dire ici, en commission, de façon unanime, c'est de dire: Ne touchez pas à ça, il va y avoir des impacts négatifs importants pour ces personnes-là.

Je pense que ce qui me préoccupe, c'est qu'encore une fois on ne recrée pas, sous le prétexte de la rapidité, justement des problèmes, comme nous mettent en garde ces organismes-là, problèmes comme on a connus après la mise en vigueur de la loi en 1996. On a parlé des personnes âgées, du rapport Tamblin. On se rappellera également tous les problèmes connus avec la franchise sur trois mois et la coassurance, où le gouvernement a dû rapidement s'ajuster, parce que ça créait des inéquités incroyables parmi les personnes les plus démunies de notre société.

Donc, moi, je voudrais insister auprès de la ministre pour que, donnant suite aux suggestions des groupes, on procède à une analyse qui soit un peu plus large des modifications qu'elle veut apporter et que ce ne soit pas uniquement d'ordre financier avec des impacts très négatifs, encore une fois, sur les clientèles les plus démunies. Je peux vous dire que nous nous opposerons certainement à des hausses de contributions, à des impôts-médicaments déguisés qui vont venir encore une fois avoir un impact négatif sur ces personnes-là.

En terminant, je voudrais remercier, au nom de mes collègues, tous ceux et celles qui ont participé à la commission parlementaire, les groupes et les individus qui sont venus devant la commission. On a pu constater qu'ils l'ont fait avec beaucoup d'intensité, avec conviction et nous ont permis de mieux connaître des situations déplorables dans l'application du régime. Ils ont fait des suggestions, des recommandations. Je pense que les mémoires étaient très bien préparés, les présentations également. Donc, moi, je sais ce que ça peut représenter d'investissement, je pense en temps, lorsqu'on a déjà participé à des organismes, à toutes sortes de groupes, que de préparer des mémoires, de consulter nos membres et de venir présenter nos conclusions devant la commission parlementaire. Alors, je voudrais, Mme la Présidente, remercier très sincèrement toutes les personnes, tous les individus et tous les groupes qui sont venus devant la commission parlementaire des affaires sociales.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Vaudreuil. Je cède maintenant la parole à Mme la ministre. Vous avez 15 minutes pour vos remarques finales.

Mme Pauline Marois

Mme Marois: D'accord. Merci beaucoup, Mme la Présidente. D'abord, peut-être une petite remarque préalable pour notre collègue le député de Vaudreuil. En fait, la qualité des mémoires était très grande, il l'a reconnu lui-même. Donc, le facteur temps n'a pas été aussi limitatif qu'il peut le laisser sembler ou qu'il peut le dire, Mme la Présidente.

Donc, au terme des travaux de cette commission qui était chargée de la consultation générale et des auditions publiques sur le rapport d'*Évaluation du régime d'assurance médicaments*, je vais d'abord vous faire part, ainsi qu'à mes collègues bien sûr, de ma très grande satisfaction. Puisque cette consultation, elle a été importante par le nombre de personnes et de groupes qui y ont participé, elle aura été surtout un exercice très utile. Rappelons que le Secrétariat des commissions a reçu 85 mémoires, et nous aurons entendu ici, à la commission, plus de 50 groupes au cours de 40 heures d'audiences réparties en 11 jours de délibérations qu'ont duré nos travaux. Donc, on a investi un temps considérable et qui valait la peine de l'être d'ailleurs. Je me réjouis d'ailleurs qu'autant de personnes et d'organismes aient trouvé important de nous donner leur avis sous forme de mémoires et aient accepté de rencontrer les membres de la commission pour en discuter. Toutes les personnes et les groupes qui ont exprimé leur point de vue auraient sans doute aimé être entendus. Malheureusement, il n'était pas possible, évidemment, de les recevoir. Mais je veux toutefois les assurer, Mme la Présidente, que je considérerai attentivement leurs opinions avant d'arrêter les orientations que je soumettrai au gouvernement.

J'ai toujours souhaité que cette consultation de la commission permette un large débat avec le plus grand nombre de personnes et de groupes intéressés par l'avenir de notre régime d'assurance médicaments. J'ai souvent rappelé que les différents scénarios et pistes de solution que nous avons déposés pour alimenter la discussion ne devaient pas limiter nos échanges et restreindre l'examen que nous engageons. Je suis très heureuse, Mme la Présidente, d'avoir été entendue.

Beaucoup de nouvelles propositions ont été formulées durant les auditions. L'éclairage souvent inédit, toujours pertinent, du débat qui prend fin me sera très utile. Les opinions très diversifiées qui ont été exprimées influenceront les décisions que le gouvernement prendra pour préserver le régime général d'assurance médicaments. D'ailleurs, rappelons pour mémoire qu'un seul groupe a véritablement recommandé que l'on retire le régime. Donc, c'est infime et largement minoritaire. Par ailleurs, je rappellerai aussi aux membres de la commission que le nombre de plaintes qui ont été faites à l'endroit du régime auprès du Protecteur du citoyen est de l'ordre de 70, et ça concerne autant les régimes privés que le régime public, ce qui veut dire 0,1 % finalement, si on le compare à ceux qui adhèrent au régime. Donc, c'est infime.

Maintenant, le règlement me le permet, Mme la Présidente, j'aimerais profiter du temps qui m'est réservé

pour indiquer ce que je retiens plus particulièrement des auditions qui viennent de se terminer. La convergence des opinions à l'effet que le régime d'assurance médicaments représente un progrès par rapport à la situation antérieure est remarquable. Voilà sans doute le consensus le plus net qui se dégage de la consultation générale. Je le rappelais, tous, sauf une exception, ont reconnu le bien-fondé de la couverture universelle du régime qui permet un meilleur accès aux médicaments.

J'ai toujours estimé que le régime québécois d'assurance médicaments représentait un acquis important. Des experts n'ont pas hésité d'ailleurs à le considérer comme le meilleur au Canada. Mais, au terme de l'important exercice démocratique qu'a été cette commission parlementaire, on peut maintenant affirmer, Mme la Présidente, que le régime d'assurance médicaments est un acquis social majeur qui fait la fierté des Québécoises et des Québécois et qu'ils veulent voir être maintenu. Ceux et celles qui se sont exprimés au cours des auditions nous ont suggéré d'apporter de nombreuses améliorations à ce régime, mais tous et toutes nous ont aussi, en quelque sorte, demandé de préserver ce filet de protection sociale qui place les citoyens du Québec à l'abri du risque financier associé à la maladie et à la prise de médicaments. Je peux rassurer la population en indiquant la ferme volonté du gouvernement de maintenir et d'améliorer dans toute la mesure du possible le régime d'assurance médicaments. Il n'y aura pas de retour en arrière. Nous allons conserver ce que le régime offre de mieux par rapport à la situation antérieure tout en recherchant bien sûr une meilleure maîtrise des coûts.

Au moment de suggérer au gouvernement les changements qui s'imposent, je serai éclairée, Mme la Présidente, par les recommandations qui ont été faites au cours de cette consultation, notamment au regard des principes qui devront guider la révision des bases du financement du régime. Il ne s'agit pas d'une taxe, Mme la Présidente, vous le savez comme moi. Il s'agit d'un régime d'assurance médicaments et il s'agit d'une contribution et d'une participation au risque.

Les auditions de la commission ont été l'occasion de réaffirmer l'importance de trois principes en particulier: l'équité, la transparence, l'efficacité, principes déjà au coeur du régime général, mais que plusieurs souhaitent voir être renforcés.

D'abord, l'équité. La mise en place du régime a permis un accès plus équitable aux médicaments, mais beaucoup nous demandent de préserver et, si possible, de renforcer cette équité au bénéfice des personnes à faibles revenus au moment où nous en sommes d'apporter au régime les ajustements qui s'imposent.

• (17 h 10) •

Ceux qui réclament une plus grande transparence dans le financement nous demandent en particulier d'identifier le mieux possible ce qui, dans le régime, est de l'ordre de l'assurance, d'une part, et de l'assistance, d'autre part.

D'autres, enfin, Mme la Présidente, ont souhaité que la composante de notre système social, que le régime

général d'assurance médicaments s'intègre mieux au système de santé et de services sociaux. Ceux-là font valoir qu'une gestion mieux intégrée du médicament à l'intérieur du système de santé québécois améliorerait sa performance globale. Je prends bonne note de ces préoccupations et j'assure la population que nous y accorderons la plus grande attention, quel que soit le scénario de financement que le gouvernement retiendra. Je peux toutefois indiquer aujourd'hui que l'examen que je poursuis et les propositions que je soumettrai au gouvernement seront guidés bien entendu par la nécessité d'assurer la viabilité du régime, mais également par le souci de renforcer dans toute la mesure du possible son caractère équitable.

Au long de nos travaux, la question de l'utilisation optimale du médicament a été largement commentée par les personnes et les groupes qui ont déposé un mémoire. Tout le monde convient de l'absolue nécessité de réduire les écarts importants, souvent observés, entre l'utilisation optimale et l'usage observé des médicaments. On propose pour cela un renforcement des revues d'utilisation des médicaments pour vérifier s'ils sont bien utilisés et pour documenter leur efficacité pratique, mais également on propose une foule de nouveaux moyens qui vont de l'amélioration des programmes de formation des professionnels à une meilleure interaction entre le médecin et le pharmacien en passant par des mesures susceptibles de favoriser une meilleure observance de la prise des médicaments.

Plusieurs de ces propositions sont fort intéressantes, nous allons les examiner attentivement. Je compte notamment renforcer les mécanismes existants de revues d'utilisation des médicaments et en favoriser une meilleure intégration. Je vais également considérer avec le plus grand soin les nombreuses offres de partenariat formulées durant les auditions par l'industrie du médicament, les assureurs privés, les médecins, les pharmaciens et les groupes d'usagers en faveur d'une utilisation optimale du médicament.

La révision des critères d'inscription à la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments figurait également parmi les pistes de révision que nous avons soumises à la consultation. Un bon nombre de groupes entendus conviennent du caractère trop limitatif des critères actuels en même temps que de la nécessité d'améliorer le processus d'inscription en vigueur. Ceci dit, plusieurs expriment des réserves à l'égard de l'introduction de tels ou tels nouveaux critères. Nous allons poursuivre nos travaux sur cette question, mais je prends bonne note, Mme la Présidente, des inquiétudes qui ont été formulées.

Une autre des pistes de révision en faveur d'une utilisation optimale du médicament suggérait l'intégration en un conseil consultatif du médicament des mandats actuels du Conseil consultatif de pharmacologie et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments. Nous avons proposé cette avenue dans le but d'améliorer les processus actuels de décision, de couverture et d'utilisation optimale des médicaments. Tous ceux qui se sont prononcés sur le

sujet ont fait valoir la nécessité que cet organisme, s'il devait voir le jour, soit doté des ressources nécessaires à son mandat et surtout soit transparent dans ses recommandations et indépendant de toute influence. Je partage ce point de vue et je peux assurer ceux qui sont intervenus dans ce sens-là qu'une éventuelle réforme des conseils existants respecterait cette orientation.

Le document *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments* évoquait, Mme la Présidente, deux possibilités de réduire à court terme les coûts du régime. On y a fait référence en parlant tout à tour du prix le plus bas et du prix de référence. La mesure relative au prix le plus bas consisterait à limiter le montant remboursé au prix de la marque commerciale la moins dispendieuse dès qu'une version générique du médicament est disponible. L'établissement d'un prix de référence consisterait à rembourser le prix du produit dont le rapport coût-efficacité est le meilleur lorsqu'un ensemble de médicaments sont considérés équivalents du point de vue thérapeutique ou encore à établir un prix maximum remboursable pour certains médicaments.

La mesure en faveur du prix le plus bas a reçu un assez large appui. Ceux qui se sont exprimés en faveur de la proposition estiment qu'il ne faudrait pas imputer au coût du régime d'assurance médicaments les coûts attribuables à la stratégie de développement économique du secteur pharmaceutique. Je prends bonne note, Mme la Présidente, de ce que j'ai entendu au sujet de cette proposition. L'établissement éventuel d'un prix de référence a pour sa part soulevé plus d'appréhension. L'ignorance de l'ensemble des impacts de cette mesure sur la santé, a-t-on fait valoir avec justesse, doit nous inciter à la plus grande prudence. Nous allons reconsidérer, Mme la Présidente, la pertinence d'aller de l'avant avec cette proposition.

Enfin, plusieurs groupes ont profité des auditions pour nous faire part de leurs inquiétudes au sujet des impacts que pourraient avoir certaines pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique sur les prescripteurs en particulier. J'ai pris bonne note à ce propos de la bonne volonté des compagnies pharmaceutiques et des ordres professionnels, qui seraient disposés à mieux intégrer l'information disponible sur les médicaments afin de favoriser une utilisation optimale de ceux-ci par les médecins.

Enfin, Mme la Présidente, les auditions ont fait ressortir d'autres questions, j'en évoquerai rapidement quelques-unes. Plusieurs groupes ont souhaité l'abolition de la politique du médicament... l'adoption, oh là là! l'adoption...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Marois: C'est la fatigue de la fin de journée, ce n'est pas un lapsus significatif. Ainsi, plusieurs groupes ont souhaité l'adoption de la politique du médicament prévue à l'article 51 de la Loi sur l'assurance médicaments.

En fait, nous avons jusqu'ici consacré beaucoup d'énergie à implanter puis à consolider le régime général d'assurance médicaments. Par ailleurs, il faut aussi dire

que l'ensemble de la réflexion qui se termine dans le cadre de cette consultation nous sera très utile dans l'élaboration de cette politique en portant un jugement d'ensemble sur la performance du régime. Comme nous l'avons fait au cours des dernières semaines, nous avons identifié les changements nécessaires et précisé un bon nombre d'aspects qu'on devra prendre en compte lorsque nous adopterons la politique du médicament.

D'autres groupes ont par ailleurs souhaité que les clientèles ambulatoires en lien avec les CLSC et les hôpitaux bénéficient d'une meilleure continuité des soins lorsque leur état nécessite la prise de médicaments. Un comité sous la responsabilité de mon ministère, formé de représentants du réseau, me soumettra prochainement ses propositions visant à assurer aux clientèles ambulatoires l'accessibilité, l'équité et le financement des médicaments, des fournitures et des services pharmaceutiques.

Des groupes ont fait état de quelques autres difficultés de fonctionnement du régime. On a ainsi rappelé celles que rencontrent les personnes qui changent de régime en cours d'année, le problème en vertu duquel des individus admissibles à un régime privé s'inscrivent au régime général, les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées qui changent de plafond à cause d'un petit revenu additionnel, la lourdeur administrative associée à l'obtention des médicaments d'exception et enfin la question de la protection des renseignements personnels. Ces problèmes sont réels et vont devoir être réglés dans toute la mesure du possible.

Au terme de cet exercice de révision du régime général d'assurance médicaments, je réitère, Mme la Présidente, notre engagement d'assurer sa viabilité et d'asseoir son financement sur des bases solides. L'examen rigoureux que nous achevons me sera très utile au long de la réflexion que je dois poursuivre avant de faire mes recommandations au gouvernement.

Je ne voudrais pas terminer, Mme la Présidente, sans remercier à nouveau tous ceux qui ont présenté un mémoire dans le cadre de cette consultation. Je tiens à vous remercier d'une façon toute particulière, Mme la Présidente de la commission, d'avoir présidé nos audiences lorsque vos engagements vous l'ont permis. Mes collègues par ailleurs, la députée de Vanier et le député de Masson, de même que le vice-président de la commission ont présidé tour à tour nos séances avec autant de rigueur que de justesse et tous ont fait valoir les droits des députés et se sont assurés que les personnes qui se sont présentées devant la commission puissent nous faire part à leur aise de leurs opinions, de leurs études et de leurs recherches. Je vous remercie, Mme la Présidente, de même que mes collègues.

Je remercie tous les autres députés qui ont participé à cette commission. Je peux les assurer, eux aussi, de l'attention que j'apporterai aux recommandations qu'ils ont pu formuler au long de nos délibérations. Un merci évidemment particulier à mon adjointe parlementaire et députée de Mille-Îles qui m'a d'ailleurs remplacée au pied levé à quelques reprises, compte tenu des exigences de nos horaires à l'Assemblée nationale.

J'aimerais remercier aussi toute mon équipe, soit celle du ministère, de la Régie de l'assurance maladie, du Conseil consultatif de pharmacologie, et le personnel de la commission pour la constance et l'excellence de leur travail. Toutes et tous, du lieu que chacun occupe, nous avons permis, au cours des dernières semaines, la poursuite d'un processus démocratique très enrichissant dans le respect de la tradition parlementaire qui nous caractérise et, au-delà, nous avons contribué à la préservation d'un acquis social précieux, le Régime d'assurance médicaments du Québec. Je vous remercie, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la ministre. Ceci met fin aux travaux de la commission. Donc, je voudrais également vous remercier, remercier tous les membres, remercier Mme la secrétaire, le personnel qui voit au bon fonctionnement de la commission, vos conseillers et conseillères et tous ceux et celles qui sont venus, qui se sont déplacés pour nous présenter leur mémoire, et même les groupes qui ont quand même envoyé des mémoires et qu'on n'a pas entendus.

Alors, j'ajourne les travaux sine die. Et merci encore une fois.

(Fin de la séance à 17 h 20)

