



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 29 mai 2002 — Vol. 37 N° 65

Consultations particulières sur le projet de loi n° 98 — Loi
modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments
et d'autres dispositions législatives (2)

**Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel**

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, avenue Honoré-Mercier, 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: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 29 mai 2002

Table des matières

Auditions (suite)	I
Coalition Solidarité Santé	I
Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)	8
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	15
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ)	23
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	31
Force Jeunesse	38
La Coalition des médecins pour la justice sociale	46

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
Mme Denise Carrier-Perreault, vice-présidente

M. François Legault
Mme Julie Boulet
M. Henri-François Gauthrin
M. Rémy Désilets
M. Russell Williams
M. Roger Bertrand
M. Jean-Claude St-André

- * Mme Marie Pelchat, Coalition Solidarité Santé
- * M. Claude St-Georges, idem
- * M. François Legault, FADOQ
- * Mme Louise Aubert, idem
- * M. Normand Bonin, AQPP
- * M. Daniel Larouche, idem
- * M. Normand Cadieux, idem
- * Mme Jennie Skene, FIQ
- * Mme Lucie Mercier, idem
- * M. Laurent Boisvert, AHQ
- * Mme Dolorès Lepage-Savary, idem
- * M. Jean-François Roberge, Force Jeunesse
- * M. Joël Monzée, idem
- * M. Étienne Tittley, idem
- * M. Paul Saba, La Coalition des médecins pour la justice sociale

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 29 mai 2002

Consultations particulières sur le projet de loi n° 98

(Quinze heures trois minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je vous souhaite la bienvenue. Et on sait que la commission des affaires sociales est réunie à nouveau afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 98, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Rochefort (Mercier) va être remplacée par M. Williams (Nelligan).

Auditions (suite)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous donne lecture de l'ordre du jour: nous allons rencontrer immédiatement la Coalition Solidarité Santé; à 15 h 45, la Fédération de l'âge d'or du Québec; 16 h 30, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires; 17 h 15, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec; pour suspendre à 18 heures afin de recommencer à 21 heures avec l'Association des hôpitaux du Québec; à 21 h 45, Force Jeunesse et Fédération étudiante universitaire du Québec et Fédération des associations étudiantes du Québec; 22 h 30, Coalition des médecins pour la justice sociale. Et nous ajournerons à 23 h 15.

Alors, sans plus tarder, je souhaite la bienvenue à M. Claude St-Georges de même que Mme Marie Pelchat, de la Coalition Solidarité Santé. Je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. On me dit que vous allez partager, je pense, cette présentation. Vous avez 15 minutes, et, par la suite, nous procéderons à la période de questions. Alors, M. St-Georges ou madame qui... Oui, madame. Alors, Mme Marie Pelchat. Je vous cède la parole, madame.

Coalition Solidarité Santé

Mme Pelchat (Marie): Bonjour. On tient d'abord à dire que, si la Coalition Solidarité Santé est ici, c'est parce qu'on est fermement convaincu que l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé. Et ça, on le met de l'avant depuis les débuts de la création de la Coalition, en 1992. Si on est ici aujourd'hui, c'est aussi parce qu'on croit qu'un régime d'assurance médicaments doit être là pour garantir l'accessibilité, l'équité, pour combattre la pauvreté, pour améliorer la santé et permettre la maîtrise des coûts.

Il sera difficile au cours de notre présentation de faire preuve d'un optimisme débordant. En lisant le projet de loi n° 98, on n'a pas retrouvé les consensus de

la commission parlementaire de 2000. Remarquez que ça explique peut-être en partie pourquoi on est obligé de revenir sur les mêmes problèmes deux ans plus tard. À notre avis, le gouvernement doit changer son orientation en matière d'assurance médicaments.

Mais, avant d'y aller de propositions précises et de commentaires tout aussi précis, nous nous permettrons un détour historique. Parce qu'on se rappelle très bien qu'un des consensus de 2000 était à l'effet d'aller de l'avant avec un régime public et universel d'assurance médicaments. En fait, ce qu'on veut faire comprendre, c'est que le consensus de 2000 n'était pas une erreur historique. L'erreur historique a été de mettre en place au Québec un régime hybride d'assurance médicaments. Pour... Vous avez, dans le mémoire qu'on vous a remis, toute l'histoire un peu plus détaillée, mais on se permettra quand même de rappeler que, dès 1964, la Commission Hall a recommandé que les médicaments fassent partie de l'assurance maladie, propos qui ont été repris par la commission Castonguay-Nepveu, en 1970. C'est d'ailleurs dans cette perspective-là qu'avait été établie la gratuité des médicaments aux personnes assistées sociales, la gratuité de médicaments aux personnes âgées et la circulaire *malades sur pied*.

En 1994, il y a un contentieux autour de la circulaire *malades sur pied* et il y a le rapport Demers qui est mis sur pied. Le rapport conclut qu'il faut consolider tous les programmes et aides spéciales existants en matière de médicaments et, à l'exception de l'assurance hospitalisation, de développer un régime public intégré au régime d'assurance maladie, qui couvrirait toute la population sans distinction d'âge, de niveau socioéconomique ou de santé.

Dans les mois qui ont suivi le dépôt du rapport Demers, le rapport Gagnon démontre la faisabilité d'un régime public et universel d'assurance médicaments, et, avantage, le comité Gagnon est formé d'experts de la direction de l'évaluation du ministère — donc, on pense qu'il est crédible. Le rapport Gagnon conclut que le premier objectif d'un régime d'assurance médicaments devrait être de garantir l'accès aux médicaments à l'ensemble de la population et il recommande l'instauration d'un régime public dont le financement proviendrait de trois sources distinctes: le fonds consolidé de la province, la contribution des employeurs et une contribution des participants.

Dans la proposition — je le souligne, puisqu'il en est question dans le document *Un acquis social à préserver* — dans la proposition Gagnon, la contribution des employeurs n'est pas une aberration, au contraire, elle est considérée comme obligatoire. Et le rapport Gagnon dit que, dans les pays où l'industrie pharmaceutique est très présente, on peut soutenir la recherche et le développement de ces industries tout en favorisant l'utilisation de produits génériques. On a l'air de parler d'aujourd'hui, mais, en fait, ça, ça a été écrit en 1995.

En 1996, le rapport Castonguay remet son rapport, et là il y a une dérive. On ignore complètement

les travaux du comité Gagnon et on dit qu'on rejette, finalement, l'hypothèse d'un régime public. On favorise un régime mixte. Et on le fait surtout parce que le régime provoquerait une augmentation 500 millions des coûts. Ce faisant, on oublie de considérer la part que les employeurs contribuaient déjà au régime privé d'assurance médicaments. C'est cette dérive-là qui fera en sorte, et la sensibilité de M. Castonguay au regroupement des assureurs, qui fera en sorte qu'on se ramassera au Québec avec un régime hybride qui cause des problèmes de fonctionnement depuis le début. En 1996, c'est l'adoption d'un régime dont les paramètres ont été largement établis par le rapport Castonguay.

● (15 h 10) ●

En 1997, le Forum national de la santé, qui est un forum pancanadien, mais sur lequel beaucoup d'experts québécois ont siégé, dit, et là je vais le lire: «Les médicaments de prescription sont, de toute évidence, aussi "médicalement nécessaires" que les services médicaux et hospitaliers, ce qui laisse entendre qu'on devrait accorder autant d'importance à l'accès aux médicaments qu'à l'accès aux soins médicaux et hospitaliers. Pour améliorer l'accès adéquat aux médicaments, réduire la consommation et freiner l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il faudrait que les Canadiens et Canadiennes aient accès à des médicaments de prescription sans franchise ni copaiement. L'expérience de d'autres pays nous apprend que le meilleur moyen d'y parvenir est un régime subventionné et régi par l'État.»

En 2000, on arrive avec une commission parlementaire qui dégage trois consensus: un régime public d'assurance médicaments, une politique d'achat, et au plus bas prix, et l'adoption d'une politique du médicament. Le groupe Montmarquette, qui sera mis sur pied suite à la commission de 2000 — on va parler crûment — a flushé le mandat dès sa première rencontre. Donc, nous ne savons toujours pas si le régime public que nous avons proposé en 2000 rencontrerait des obstacles nouveaux. En tout cas, le seul rapport sur lequel on est obligé de se baser, c'est le rapport Gagnon, qui avait beaucoup plus de crédibilité à nos yeux et beaucoup plus de rigueur.

En 2000, ce qu'on constate, c'est que l'action gouvernementale semble être plus dans le sillon du groupe Castonguay que dans le sillon du rapport Gagnon. Donc, nous, ce que nous disons, c'est: Il faut absolument faire le choix d'un régime public. Et ce n'est pas parce qu'il y a juste trois jours de consultations et que la formule fait que peu de groupes seront entendus qu'on lâche le morceau. Il nous semble que c'est toujours la meilleure façon de garantir l'accès aux médicaments, de l'intégrer au régime d'assurance médicaments et d'en contrôler les coûts.

Ceci étant dit, ça n'empêche pas que, sur certains éléments contenus dans le projet de loi n° 98, on tient à revenir de façon particulière, notamment sur la question d'accès universel aux médicaments. Il nous semble qu'on est en train de se conter des histoires pour s'endormir. Dans la vraie vie, le rapport Tamblyn a démontré, il y a plusieurs années déjà, qu'il n'y a pas un accès universel aux médicaments. Le rapport Tamblyn a déjà documenté le fait que des personnes devaient se priver de médicaments, coupaient les prescriptions en

deux, en prenaient un jour sur deux, bref, que la population à faibles revenus avait des difficultés majeures d'accès aux médicaments et que cela entraînait même des consultations médicales supplémentaires et des hospitalisations.

Nous, quand on a lu dans le document ministériel «les médicaments constituent un élément central des soins prodigués aux citoyens» et «la société québécoise reconnaissant que... dans les années soixante l'accès aux médicaments... aux services de santé comme un droit fondamental, il devenait inadmissible que des personnes ne puissent se procurer des médicaments», on a dit: Le gouvernement est sur la bonne voie. Malheureusement, les choses se gâtent un peu parce qu'il n'y a pas, pour les personnes à faibles revenus, un accès réel aux médicaments malgré ce qu'on en dit. Et le fait de ne pas augmenter les contributions des personnes assistées sociales ne fait pas en sorte que l'accès, les difficultés d'accès rencontrées avant vont disparaître demain matin.

Le régime n'a pas, tant qu'à nous non plus, jamais été universel. Ce qu'on est prêt à reconnaître, c'est qu'il a été largement obligatoire. Mais un régime universel, c'est un régime qui doit avoir les mêmes paramètres pour l'ensemble de la population du Québec, ce qui n'est pas le cas: dans un, les médicaments sont fournis gratuitement aux enfants, dans l'autre, ils ne le sont pas; dans un, les régimes privés, les gens paient des taxes, dans le régime public, heureusement, ils n'en paient pas; à revenus comparables, les gens ne paient pas les mêmes primes; il y a la liste des médicaments de la RAMQ de base, qui est imposée à tout le monde, mais les régimes privés sont, à certains égards, plus généreux; dans certains cas, les frais d'administration sont un peu effrayants, les marges de profit sont présentes même si c'est un bien essentiel, ce n'est pas un bien de consommation, et le régime public exclut la mutualisation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste cinq minutes, M. St-Georges.

M. St-Georges (Claude): Oui. Quelques points. Pour les personnes qui ont le document, je me retrouve à la page 22. J'avais trois courts points à soulever. Le projet de loi n'aborde pas la situation des régimes privés. Or, si les pressions sur l'État sont énormes en termes de croissance de coûts des médicaments, elles le sont davantage, selon les documents qu'on nous a fournis, sur les coûts que doivent assumer les employeurs et les employés.

Et une illustration, on la trouve à la page 23, c'est le principal groupe d'employés au Québec, alors le personnel du réseau de la santé, 223 000 personnes, que vous connaissez bien. On regarde ce qui s'est passé dans le cas des assurances qu'ils doivent absorber individuellement, payées par la personne, entre... depuis 1992, ça a triplé. Et ce qui est très important de voir, c'est que ça accapare une part de plus en plus importante du revenu, c'est passé de 1,2 % du revenu à 3,3.

Nous, on pense que de regarder la faisabilité d'un régime public, c'est aussi de regarder la question des coûts et de l'efficacité. Les régimes privés sont sous-performants, il faut bien le dire. Quand on regarde l'ensemble des frais qui sont compris dans les assurances

privées, que ce soit la publicité, les frais administratifs, les frais de gestion, de poste, etc., et la marge de profit, on en arrive facilement à 15, 20 % de frais généraux avant le remboursement des médicaments. Et, si on regarde la machine très efficiente qui est la RAMQ, qui gère 4,6 milliards de divers programmes avec des coûts de 95 millions, 2 % de frais, alors le régime public géré par la RAMQ serait une source d'économies extraordinaire. Alors, je pense qu'on se prive.

L'autre chose que je voudrais soulever, c'est à la page 25, c'est l'illusion que nous sommes, au Québec, les champions de la recherche et du développement. Quand on regarde les tableaux qui sont fournis dans les rapports annuels du Conseil du prix des médicaments brevetés, on voit que la part du Québec dans la recherche est en déclin et que l'Ontario garde le haut du pavé, malgré qu'il n'a pas le régime aussi généreux que l'on connaît par rapport à la protection et à l'accès aux génériques, notamment. Et, je dirais, enfin, pour conclure rapidement sur ce sujet-là, il me semble que le Québec, en termes industriels, devrait avoir une approche beaucoup plus équilibrée favorisant le générique, inciter les génériques à s'installer au Québec, à fabriquer ici. Et on a, par ailleurs, un avantage concurrentiel important en termes de coûts de fabrication, qui est documenté par le KPMG, l'étude de KPMG.

Je voudrais ajouter un autre point qui n'est pas dans le document, à savoir: Pourquoi la gratuité des médicaments pour les personnes à faibles revenus serait importante et justifiée? Quand on regarde l'étude Santé Québec, on s'aperçoit que le «quintile» du bas, les 20 % de la population les plus pauvres ont des indicateurs de santé quatre fois moins bons que les gens à l'échelle supérieure, que ce soit en termes de perception de la santé ou de journées d'incapacité durant l'année. Or, si on regarde la consommation de médicaments des personnes dans le dernier «quintile», ils consomment moins de médicaments que les gens au niveau supérieur, qui ont des indicateurs de santé quatre fois meilleurs. Et, donc, on pourrait retourner là-dessus.

Une dernière conclusion, je pense que le Québec peut être à la croisée des chemins par rapport à la question des médicaments. Si on regarde aussi... si on regarde l'univers concurrentiel nord-américain, on se retrouve. Aux États-Unis, les employeurs doivent absorber des hausses, l'an passé, de 12 %. Ils anticipent sur les frais des assurances et ils anticipent 13 % pour l'année qui vient. Et ce n'est pas pour rien que l'explosion des coûts de médicaments, notamment, incite présentement 37 États sur les 50 à regarder des projets de loi pour juguler ce problème du coût des médicaments incontrôlé.

Mme Pelchat (Marie): En conclusion, ça nous prend, au Québec, une politique du médicament dont la pierre angulaire serait un régime public d'assurance médicaments. À la page 29 et suivantes, on explique des éléments que devrait contenir une politique du médicament. Mais il nous semble évident que de laisser aller la situation actuelle en mettant toutes sortes de mesures et d'automatismes, dont la parution dans la *Gazette officielle*, ça ne fait pas en sorte que le ministère s'impose à lui-même un contrat

de performance en matière de gestion des médicaments.

• (15 h 20) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Pelchat et M. St-Georges, merci pour la présentation de votre mémoire. À ce moment-ci, j'aimerais obtenir le consentement des membres de la commission pour que le député de Verdun puisse remplacer le député de Notre-Dame-de-Grâce. Ça va? Oui. Merci.

M. le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, je vous cède la parole.

M. Legault (Rousseau): Oui. Mme la Présidente, je voudrais remercier la Coalition Solidarité Santé, Mme Pelchat, M. St-Georges pour leur présentation. Bon. J'ai bien pris note de quelques remarques. D'abord, une remarque de M. St-Georges qui disait que la gestion — et puis je souhaiterais que la députée de Laviolette, hein, ait pris bonne note de cette affirmation — que la gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec est meilleure que celle des entreprises d'assurances dans l'entreprise privée — donc content d'entendre ça.

J'ai bien pris note aussi des remarques de Mme Pelchat concernant, entre autres, le rapport Tamblin. Et puis je pense que, bon, on a tous comme objectif de limiter les contributions des personnes qui sont plus vulnérables, parce qu'on sait, effectivement, il peut y avoir un impact sur la consommation puis, éventuellement, sur leur santé, à ces personnes. C'est vrai que l'étude Tamblin concluait qu'il pouvait y avoir des problèmes dans notre régime, mais je rappellerais aussi que le rapport du Dr Tamblin concluait aussi que notre régime d'assurance médicaments, au Québec, était le meilleur régime au Canada, de façon assez claire.

Maintenant, bon, vous nous dites, dans votre mémoire, que les préoccupations sociales sont absentes du projet de loi. Bon. Je rappellerai que le gouvernement du Québec assume, dans le régime, 62 % des dépenses. C'est 1 352 000 000, c'est beaucoup d'argent. Je rappellerai aussi que les prestataires d'assurance emploi, les personnes âgées qui reçoivent le SRG maximum, les jeunes, les étudiants n'auront pas de hausse de contributions dans ce qui est prévu dans le projet de loi.

Donc, ma première question, c'est... Bon, je comprends que vous souhaiteriez que l'État en fasse plus. Je pense, l'État en fait déjà beaucoup au Québec pour aider les plus démunis, mais je voudrais que vous alliez un petit peu plus loin. Vous proposez que la gratuité soit appliquée à certaines personnes. Et puis, les sommes additionnelles que vous nous demandez d'ajouter pour être capables justement de payer pour une partie des clientèles vulnérables ou un peu plus démunies, vous proposez qu'on finance ces sommes de quelle façon?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. St-Georges.

M. St-Georges (Claude): Je pense que, dans le propos que j'ai fourni tantôt, je pense qu'à partir d'enquêtes Santé Québec on comprend aussi qu'ils ajoutent aux résultats des recherches du Dr Tamblin

qu'il y a une sous-consommation de médicaments chez les personnes à faibles revenus. Alors, je pense qu'il y a un correctif qui peut être en soi amené et peut-être qui génère en lui-même des économies de soins reportés ou, enfin, tous les phénomènes qui découlent de la sous-consommation qui se transforme en coûts hospitaliers, par exemple. Ça reste à documenter, mais c'est une piste que les experts nous soulèvent.

Maintenant, quand on regarde la révision globale du système, quand on propose un régime public universel, je pense qu'il faut regarder toute la question fiscale, le financement de cette hypothèse-là. Et, quand on regarde les possibilités, en tout cas, qui étaient soulevées par le rapport Gagnon, notamment, que... mettre en contribution la taxe sur la masse salariale. On sait que 1 % de la masse salariale, ça rapporte 1 milliard. Je pense que, récemment, il y a eu des enquêtes à l'échelle canadienne qui démontrent que les citoyens sont d'accord pour relever leurs contributions fiscales en autant qu'on ait en retour un meilleur système de santé. Et je pense que le phénomène de l'appel à la solidarité sociale, ajouter le 200 millions peut-être que ça prend pour couvrir les personnes à faibles revenus, moi, je pense que le débat public, avec les moyens, la réflexion réelle autour de la façon de le faire, moi, je pense qu'on pourrait avoir une conclusion très positive.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Mme Pelchat.

Mme Pelchat (Marie): Et ce, d'autant plus qu'il y a des employeurs qui contribuent actuellement au régime d'assurance médicaments de leurs employés et qu'il y en a une bonne partie aussi qui s'en lave les mains complètement et qui sont des employeurs qui offrent généralement des emplois de moindre qualité, avec moins de protection sociale. Donc, de mettre à contribution... ce serait une mesure d'équité entre les employeurs que de mettre à contribution ceux qui n'y contribuent pas d'aucune façon de façon à garantir non pas en fonction des besoins essentiels, mais du seuil de faibles revenus l'accès gratuit aux médicaments pour toutes les personnes dont le revenu est inférieur actuellement, par exemple, autour de 17 000 \$.

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

M. Legault (Rousseau): Oui. Quand vous parlez du rapport Gagnon, là, ce que j'en ai compris, du rapport Gagnon, c'est qu'il y avait une recommandation à la fin où on concluait à la faisabilité d'un régime universel, mais qui pourrait être privé, public ou mixte et qui comprenait aussi certains paramètres comme une contribution financière reliée à la consommation des médicaments, un mécanisme aussi d'indexation, des fonds distincts, l'obligation aussi d'équilibre budgétaire concernant les différents fonds et, bon, différentes mesures concernant la revue d'utilisation.

J'essaie de voir exactement quel objectif vous visez quand vous proposez... Bon. Vous dites, vous voulez une politique du médicament, et la pierre angulaire de cette politique du médicament, ça devrait

être un régime public universel. Bon, j'essaie juste de comprendre le but qui est visé. Bon, vous avez vu puis vous avez dit: Peut-être que M. Montmarquette avait conclu rapidement. Mais ce que M. Montmarquette disait, c'est que, bon, il y a un coût à, évidemment, rendre le système universel, 200 millions, que ça n'éliminerait pas l'obligation d'augmenter les primes pour l'ensemble des québécois, qu'on risquerait peut-être, à moins de mettre une taxe, là, de perdre une partie de la contribution des employeurs, et ça éliminerait aussi, le rapport pour être capable de s'assurer que la partie assurance est vraiment une partie assurance qui est chargée au cotisant étant donné qu'on doit toujours faire le rapport entre le régime public et le régime privé.

Je me demandais, là, c'est quoi, votre conception ou votre but? Si on dit: Il y a des personnes vulnérables qui sont couvertes actuellement par le régime public, mais qui, selon vous, paient trop de contribution, quel intérêt y a-t-il à ajouter les cotisants, disons, qui sont dans un régime privé, qui, à moins que vous ne me disiez le contraire, n'ont pas problème? À moins que vous ne me disiez que... est-ce que ces cotisants-là aussi devraient, parce que c'est l'employeur qui paie pour eux, là...

Donc, je voulais juste voir, là, quels sont vos buts visés avec le régime universel public. Parce que, si c'est seulement de dire: Bon, on va aller taxer les entreprises... À la limite, là, je ne propose pas de faire ça, là, on pourrait dire: Bien, on va mettre une taxe sur l'entreprise pour aider à financer le régime public. Mais quel est l'intérêt à mettre les deux régimes, absolument, ensemble? Est-ce que vous voulez que certains cotisants subventionnent les autres ou... C'est quoi, votre but, les buts que vous visez?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. St-Georges.

M. St-Georges (Claude): Bien. En fait, là, pourquoi? Ça coûte 13,2 % du PIB aux États-Unis pour les soins de santé puis ça en coûte 9,7 au Canada. C'est parce qu'on a... Sur la base... le système est basé sur le système de payeur unique. Si on a un seul payeur et qu'on a un seul agent assureur, qui est la RAMQ, on a invoqué des économies très importantes dans les coûts de gestion, première chose. L'autre chose, c'est que l'État étant le seul assureur, il me semble qu'il posséderait un levier extraordinaire pour réguler le coût des médicaments.

Quand on regarde ce qui se passe dans les régimes privés qui ne sont pas assujettis à la liste de la RAMQ, on s'aperçoit que, d'une pharmacie à l'autre, pour le même médicament, ça peut être du simple à cinq fois plus cher. Alors, il y a des économies potentielles très importantes à réaliser à ce niveau-là. Et, en plus, je pense que tout ça est assujéti à la mise en place de la politique du médicament. Et c'est là que tout... ce qui s'enchaîne, la réglementation concernant le marketing des pharmaceutiques, le recours au générique, et tout ça, je pense qu'on peut avoir une politique d'ensemble qui pourrait être beaucoup plus efficace, beaucoup plus efficiente et beaucoup plus socialement juste pour les citoyens du Québec.

Mme Pelchat (Marie): Parce que, effectivement, le rapport Gagnon insiste que la condition, c'est le contrôle des coûts. C'est la pièce maîtresse qui permet de dire qu'après, oui, est-il possible d'accepter des hausses d'indexation, etc.

• (15 h 30) •

Quand vous demandez où on veut aller, je pense que notre réponse est à la page 13. On pense que... on est d'accord avec le Forum national de la santé qui dit que l'accès aux médicaments fait partie de l'accès aux soins de santé et que, si on ne paie pas pour avoir accès à des services médicaux et hospitaliers, on devrait avoir la même philosophie par rapport aux médicaments parce que, on le sait, les médicaments remplacent de plus en plus l'hospitalisation. Donc, quand on fonctionne par silo, on s'empêche de faire des choix qui feraient qu'on reconnaît qu'un médicament peut éviter une hospitalisation, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Un complément de réponse, M. Saint-Georges?

M. Saint-Georges (Claude): Juste une petite chose. Le Forum national, qui a été créé à l'instigation de Jean Chrétien — il y a la commission Romanow et le forum en cours et qui va en venir à ses conclusions bientôt — le Forum national recommandait l'intégration du régime des médicaments dans le système universel et public. Alors, moi, il me semble que, si on mettait ça de l'avant au Québec, on aurait un levier de négociation très important. Pourquoi ne pas aller chercher le 3, 400 millions en étant en avant-garde dans la réforme de notre régime?

Alors, je pense que le Québec a montré à beaucoup d'occasions dans le passé qu'il était à l'avant-garde justement de la mise en place d'un système de santé juste, équitable et public, et il me semble qu'on pourrait faire un pas de plus et interpeller le fédéral là-dessus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste deux minutes, M. le ministre.

M. Legault (Rousseau): Oui, bon, pour ce qui est d'interpeller le fédéral, je pense que vous savez ce que j'en pense, je suis absolument d'accord.

Je voudrais revenir à vos économies. Quand vous dites, M. Saint-Georges, que, si on avait un seul agent assureur, qu'on ferait des économies puis qu'on aurait un levier pour négocier avec les compagnies pharmaceutiques, bon, je pense qu'il y a des choses qu'on peut faire, puis on en propose dans le projet de loi, concernant l'utilisation optimale des médicaments. Mais, en même temps, je pense qu'il faut aussi être réaliste, là. Ce sont des compagnies pharmaceutiques internationales qui n'offrent pas des prix plus élevés au Québec qu'ailleurs dans le monde, là, puis il faut quand même réaliser, là — on est 7,5 millions au Québec d'habitants — oui, on a un certain levier, mais, quand même, je pense, là, qu'il faut être réaliste.

Concernant la politique du prix le plus bas puis les produits génériques, bon, peut-être juste rappeler, parce que je pense que c'est important aussi de le faire, que les compagnies pharmaceutiques apportent un

certain... une création d'emplois au Québec, qu'il y a des retombées, puis le ministère des Finances nous compense d'un certain montant à chaque année, à la Santé, pour compenser le fait qu'on n'ait pas cette approche du plus bas prix.

Mais je voudrais vous entendre, bon, parce que vous dites aussi: Il faudrait baliser les pratiques de marketing de l'industrie pharmaceutique. Bon, vous dites: On pourrait peut-être mieux négocier les prix. Qu'est-ce que vous feriez comme mesure qu'on ne propose pas dans le projet de loi concernant notre approche avec les compagnies pharmaceutiques?

Mme Pelchat (Marie): Je pense qu'un des consensus de 2000 était une politique d'achat au plus bas prix. On ramène, on avait amené à l'époque et on ramène des chiffres pour dire que ce n'est pas vrai, parce qu'on donne des privilèges à l'industrie pharmaceutique au Québec, qu'ils nous rendent l'ascenseur. Ils investissent aussi bien en Ontario qu'ici. Ce n'est pas vrai que, parce qu'un médicament est développé ici, qu'il est mis en marché et usiné ici. On a fait la preuve de ça en 2000 aussi. Donc, ce qu'on dit, c'est: Il faut revoir, d'une part, ce privilège-là qui est consenti à l'industrie pharmaceutique.

La deuxième chose qu'il faut revoir, c'est les pratiques de l'industrie pharmaceutique et le fait qu'ils aient quasi le monopole de la formation continue des médecins. Nous disons: Les médecins doivent avoir accès à des informations neutres, objectives. Or, ce que vous proposez, c'est, à la table de concertation, qu'on y retrouve, encore une fois, les assureurs qui, moyennant une certaine contribution, pourront y siéger et les assureurs privés, mais on ne retrouve pas de citoyens. Donc, est-ce que c'est un autre canal qui leur permet... On dit qu'il y a des pratiques qui n'ont pas de bon sens. Quand on fournit des forfaits au Mont-Tremblant pour vendre un produit, c'est des pratiques de marketing qui ne devraient pas se retrouver au Québec et qui ne sont pas acceptables, il faut le dire. Et toutes les pratiques de cette nature-là devraient être formellement interdites au Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme Pelchat, le temps est écoulé. Je vais passer la parole immédiatement à la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Alors, bonjour, Mme Pelchat et M. Saint-Georges. Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui et je vous félicite pour votre franchise et votre honnêteté, par rapport au mémoire que vous avez déposé.

Alors, j'aimerais... Si je fais un peu le tour, là, c'est sûr qu'on l'a eu à la dernière minute, mais, si je reprends un peu ce que vous nous avez dit cet après-midi, c'est que, finalement, le projet de loi n° 98, c'est un peu un plasteur sur un bobo. C'est un peu là... on ne règle pas rien, on n'a pas trouvé de solution. On n'a pas vu à l'essentiel finalement du problème du régime général d'assurance médicaments.

Vous faites part également, à la page 4, là, vous parlez, et à juste titre, du virage ambulatoire, qui est, à mon avis, également, je partage cette opinion-là avec vous, le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation

qui ont fait en sorte qu'avant les médicaments étaient pris en charge par l'État, en tout cas une bonne partie et qu'en faisant le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation on a fait en sorte que les frais des médicaments se sont retrouvés à la charge des gens, des patients.

Une autre chose qui est importante à considérer, et vous le dites en bas de la page 4, c'est qu'en 1995 les personnes démunies, les personnes âgées au Québec avaient la complète gratuité des médicaments. En 1996, on a mis en place un 2 \$ par prescription pour un maximum de 100 \$, et vous dites: Cette mesure a été «largement décriée par les personnes âgées qui pourront compter sur le support de l'opposition officielle d'alors, le Parti québécois, pour faire entendre leur opposition». Alors, on va juste le dire au ministre au cas où il ne s'en rappellerait plus, et aujourd'hui on est rendu à 1 244 \$.

Alors, c'est ça qui est un peu l'aberration du régime, c'est qu'on l'a mis en place, il a été improvisé, mal planifié, et aujourd'hui on nous dit qu'on ne pouvait pas prévoir. Alors, je pense qu'il y a un profond malaise. Et, encore une fois, aujourd'hui, on s'est contenté d'augmenter les trois critères, mais on n'a pas fait de ménage, on n'a pas revu de fond en comble comme vous auriez aimé qu'on le fasse avec une politique du médicament. Et je pense que la politique du médicament avait été annoncée.

Ici, j'ai les conclusions de la commission qui avait lieu au mois de mars 2000 alors que c'était Mme Marois qui était ministre de la Santé à l'État à cette époque-là, et elle nous dit, on pourrait tous lire le contenu de ses conclusions, puis on pourrait reprendre les mêmes conclusions aujourd'hui, deux ans et demi plus tard, puis elles conviendraient encore toutes à la commission qu'on est après vivre à l'heure actuelle, mais, entre autres, elle dit ici: «Il faut aussi dire que l'ensemble de la réflexion qui se termine dans le cadre de cette consultation nous sera extrêmement utile dans l'élaboration de la politique du médicament.» Et deux ans et demi plus tard, on parle encore d'une politique du médicament, mais elle n'est toujours pas arrivée. Alors, c'est très pertinent comme remarque, et je pense que c'est très désolant pour les gens comme vous qui venez nous dire avec beaucoup d'énergie ce que vous pensez, mais que, dans le fond, on n'a pas toujours rien de concret sur la table.

Alors, dans votre politique du médicament, vous avez mis certains critères, certaines choses, certains éléments qui devraient y faire partie. Je trouve ça fort intéressant. J'aurais certaines questions par rapport à certains points. Vous dites, entre autres, le deuxième point, là: «Une révision du paiement à l'acte — pour le médecin: les études dont nous disposons démontrent clairement que le paiement à l'acte des médecins a une grande portée sur les habitudes de prescription.» Et vous dites également, en parlant de la pratique des professionnels ou des médecins, entre autres: «Une récupération des honoraires des médecins en cas de dépassements des coûts comme cela se fait dans certains pays européens».

Vous n'avez pas certaines craintes par rapport à ça, d'un contrôle par rapport au travail d'un médecin? Le médecin est là pour soigner le patient, il n'est pas... je ne crois pas que sa mission première soit d'avoir une vision

économique et que, si on mettait trop de pression de gestion, de contrôle, vous n'avez pas de crainte qu'on puisse nuire au traitement? Moi, j'aurais certaines craintes par rapport si je vais voir mon médecin et qu'il est obligé de rendre des comptes puis... Je ne sais pas, j'aurais certaines craintes par rapport à ce qu'il me prescrirait. Je me dirais: Est-ce qu'il me prescrit ça parce que c'est pour mon bien? Est-ce que c'est ce que ça me prend ou si c'est parce qu'il sauve de l'argent pour le gouvernement? Est-ce que vous n'avez pas peur que ça mette en conflit l'intérêt du patient?

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

● (15 h 40) ●

Mme Pelchat (Marie): En fait, on ne propose pas de mesures isolées, et je pense que c'est ça qui est important de comprendre dans notre proposition de la politique du médicament. Si la seule mesure de contrôle des médecins, il y a juste ça sur la table, ce n'est pas suffisant. Il faut leur donner accès à de l'information objective et neutre. Il faut rentrer les médicaments sur la liste des médicaments lorsqu'on sait ou qu'on a la preuve qu'ils représentent une amélioration thérapeutique significative. Mais, oui, il y a des études qui documentent, dont plusieurs de Robyn Tamblyn, justement, qui documentent qu'un médecin qui met fin à un traitement médicamenteux en raison des effets nocifs qu'il pose passe deux fois plus de temps avec un patient que s'il ne bougeait pas sur la prescription. Or, pour minimiser ça, il y a des médecins qui, payés à l'acte, qui considèrent que, plus ils font d'actes, plus c'est payant. Ils ne prennent pas le temps de modifier les prescriptions, et ça entraîne des conséquences très lourdes dans le réseau. C'est documenté, tous ces effets pervers là. On dit: Il faut prendre le temps à travers une politique de les regarder. Est-ce que le paiement à l'acte favorise une meilleure gestion des médicaments, favorise le support qu'un médecin peut apporter à son patient dans la prise de médicaments? Parce qu'il ne suffit pas de le prescrire, il faut s'assurer que la posologie est respectée. Donc, il faut aller plus loin, et c'est des pistes qu'ouvrent plusieurs études, et particulièrement celle du Forum national sur la santé, en regard des médicaments.

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

Mme Boulet: O.K. Pour ce qui est de la formation, là, j'adhère avec vous, ça prendrait une formation qui est neutre, qui est objective. Mais, si je comprends bien, là, pour le paiement à l'acte, vous êtes après me dire qu'un médecin va préférer maintenir une prescription en place même si elle a des effets secondaires, même si elle nuit à la santé de son patient, plutôt que de procéder à un changement de médicaments parce que ça prend plus de temps à évaluer la situation?

Mme Pelchat (Marie): Il n'y a pas d'incitatif, en tout cas, à prendre plus de temps avec un patient pour regarder la question des médicaments quand... dans le cadre actuel et, à la limite... Parce que, là, on ne peut pas mettre tous les médecins et la pratique de tous les

médecins dans le même sac, mais il y a des consultations médicales qui sont drôlement courtes, par exemple, dans les cliniques sans rendez-vous. Ce n'est pas évident que là on prend vraiment le temps de regarder les interactions médicamenteuses ou le profil de prescription. Il faut prendre le temps de regarder ces questions-là dans le cadre de la pratique médicale.

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

Mme Boulet: Je comprends le sens de ce que vous me dites. Vous parlez également d'un autre point. Vous dites: L'entière autonomie du Conseil de pharmacologie du Québec, ce qui sous-entend qu'à l'heure actuelle ce conseil-là est un peu manipulé ou... Je ne sais pas dans quel sens vous le mentionnez ou dans quel sens vous... ou dans quelle voie on devrait orienter le Conseil de pharmacologie du Québec. Je ne sais pas si vous avez une précision à m'apporter.

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

Mme Pelchat (Marie): Mais, en fait, on avait souligné ça parce qu'à deux reprises il est arrivé qu'un médicament est sorti de la liste d'exception pour tomber dans la liste générale pour des considérations politiques d'investissement ou de je ne sais pas quoi, qui n'avaient rien avoir avec des considérations de santé de la population. Nous disons: Il faut garantir de toutes les façons que cette situation n'arrivera plus et il faut s'assurer que, effectivement, le Conseil de pharmacologie, à qui on accorde beaucoup de crédit d'ailleurs, a toutes les marges de manoeuvre et toute l'autonomie qu'il faut, à la fois des compagnies pharmaceutiques et de l'ensemble, pour prendre les meilleures décisions de santé. Parce que, là, on a l'impression qu'il peut y avoir des dérives. Bon. La présence des compagnies pharmaceutiques à la table de concertation nous inquiète énormément à ce chapitre-là. On dit donc: Gardons ça des experts qui sont là pour notre bien et non pas pour des intérêts plus particuliers, disons-le.

Mme Boulet: O.K. Vous dites également: L'établissement d'une liste négative. C'est quoi que vous voulez dire par une liste négative?

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

Mme Pelchat (Marie): Bien, en fait, la liste négative, c'est la liste des médicaments d'exception qui ne seraient utilisés qu'après vérification. Parce qu'on sait que certains médicaments peuvent être utiles à 5 % de la population ou... avec moins d'effets secondaires. Et le fait que ces médicaments-là soient dans la liste générale nous coûte odieusement cher. Donc, on dit: La liste négative, il doit y avoir une liste de solutions de rechange dans le cas où la thérapie médicamenteuse ne fait pas ce qu'elle devrait faire ou occasionne trop d'effets secondaires. Mais ce n'est pas une raison pour mettre tous ces médicaments-là de facto dans la liste générale.

Mme Boulet: O.K. Mme Pelchat, est-ce que vous seriez d'accord avec le fait que, en collaboration... les pharmaciens, en collaboration avec le médecin, que le pharmacien ait une espèce de pouvoir? Vous savez, il y a des médicaments, on a les médicaments de première... Mettons qu'on traite l'hypertension, il y a les médicaments de première génération, deuxième génération, troisième génération. Les nouvelles molécules qui arrivent sur le marché sont plus performantes, ont peut-être un peu moins d'effets secondaires, mais elles ne sont pas nécessaires à tout le monde, à tous les types d'hypertension. Est-ce que vous seriez d'accord avec le principe qu'on puisse donner plus de latitude aux professionnels de la santé pour qu'il y ait un choix progressif ou par étape dans un traitement en particulier, dire: La première génération, elle est moins coûteuse, on va commencer par celle-là avant de passer à la nouvelle molécule qui est sur le marché, qui est peut-être hyperperformante, mais qui n'est pas nécessairement, là, le choix thérapeutique optimal pour un patient donné? Est-ce que vous auriez une ouverture par rapport à ça?

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

Mme Pelchat (Marie): Bien, je pense qu'on doit reconnaître que les pharmaciens ont une meilleure formation sur la question des médicaments que les médecins eux-mêmes, hein, et que les pharmaciens sont sous-utilisés comme professionnels de la santé. Donc, on doit avoir des solutions qui impliquent activement les pharmaciens.

Mme Boulet: Et mon dernier point, après, je vais laisser la parole à mes collègues, vous parliez de l'établissement d'un régime public universel, et vous n'êtes pas le seul groupe à venir nous en parler, hier on en a eu plusieurs également. Moi, ma crainte par rapport à ça — je ne sais pas si c'est une crainte fondée ou pas — un, on n'a pas d'études économiques par rapport à un régime qui serait universel, il n'y a pas de données chiffrées, là, il n'y a pas de données, ou, en tout cas, s'il y en a, je ne les ai jamais vues, mais, deux, vous n'auriez pas peur d'un certain monopole, autant si tout était au privé, autant si tout était au public? Ça ne vous inquiète pas qu'il y ait un monopole, qu'il n'y ait qu'une seule institution qui possède le régime général d'assurance médicaments puis qui peut décider en tout temps, comme on peut le voir dans la loi, en tout temps d'augmenter la franchise, la coassurance, la prime, et que, finalement, il n'y a pas de comparatif, il n'y a pas... Là, on s'est fié un peu à ce qui se fait dans le privé, on a essayé de maintenir... Bon. Mais est-ce qu'il n'y a pas... Vous n'auriez pas certaines craintes par rapport à ça, à ce qu'il y ait un monopole puis qu'il y ait des montants ou des indexations qui soient anormaux?

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

Mme Pelchat (Marie): On dirait que pour nous... en tout cas, compte tenu que, pour nous, les médicaments font partie intégrante des soins de santé, on ne s'inquiète pas de la question d'un monopole d'État.

On trouve que c'est un vocabulaire qui ne s'applique pas. On pense que l'État doit être garant du bien commun et qu'il faut le garantir là. Mais, si on n'a pas d'études documentées sur le régime public d'assurance médicaments, c'est justement parce que Montmarquette n'a pas fait sa job et qu'il a flushé le mandat à la première réunion, parce que c'était exactement ça, la commande passée en 2000, c'est-à-dire de nous documenter économiquement la faisabilité d'un régime public. Et on se retrouve, deux ans et demi plus tard, avec toujours rien. Et M. Montmarquette, pire encore, a considéré les citoyens comme étant extrêmement suspects dans ce processus-là. Il ne les a jamais consultés alors qu'il a donné le statut d'expert aux compagnies pharmaceutiques et aux assureurs. Nous disons: On doit avoir des processus démocratiques et transparents et pour faire l'étude économique aussi.

Mme Boulet: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Le temps est écoulé, Mme la députée de Lavolette. Il ne me reste qu'à vous remercier, Mme Pelchat et M. St-Georges, d'avoir participé à la commission.

Et j'invite immédiatement les représentants de la Fédération de l'âge d'or de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je souhaite la bienvenue à M. François Legault. J'ai bien entendu qu'il s'agit bien de M. François Legault, qui est président...

M. Legault (François): ...habituellement. Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je croyais qu'il y avait une erreur sur ma feuille, mais j'ai réalisé qu'il s'agissait bien de votre nom, M. Legault, de même que Mme Louise Aubert, qui est conseillère aux dossiers sociaux. Alors, je répète que vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, je cède la parole à M. Legault.

Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)

M. Legault (François): D'accord. Merci beaucoup. Alors, d'ailleurs, je tiens à vous remercier de nous avoir permis de pouvoir présenter ce mémoire. Et puis je salue, autour de la table, M. le ministre, évidemment, ainsi que toutes les personnes qui composent cette réunion.

Alors, la Fédération de l'âge d'or du Québec, mouvement des aînés du Québec, FADOQ, est un regroupement volontaire de personnes âgées de 50 ans et plus, dont l'objectif principal est de maintenir et d'améliorer la qualité de vie de ses membres et, par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois. Je dois vous dire que ce que je vous fais part actuellement, c'est un résumé de ce que vous avez en main.

● (15 h 50) ●

Alors, aujourd'hui, la FADOQ est présente dans 17 régions du Québec, rassemble près de 900 clubs qui offrent particulièrement des activités de loisir aux 280 membres qui s'y retrouvent. De plus, la FADOQ défend les droits de ses membres et offre un terrain propice à leur épanouissement quel que soit le domaine de compétence ou l'endroit où ils habitent. Finalement, l'implication sociale de ses membres collabore aussi au mieux-être de la communauté et à l'équilibre de notre société.

Le fardeau fiscal des aînés, maintenant. La consommation de médicaments est devenue incontournable dans le traitement d'une maladie. Elle permet dans bien des cas d'éviter le pire, dans d'autres cas de permettre une certaine qualité de vie aux gens malgré la maladie. Il importe, avant toute réflexion à propos des difficultés financières auxquelles fait actuellement face le régime de l'assurance médicaments, de s'assurer que le régime, peu importe la voie qu'il prendra, respecte l'aspect social de la protection des individus, notamment des aînés.

À nos yeux, l'instauration du régime général d'assurance médicaments est un acquis social important, et il est fondamental de conserver un régime pour les plus démunis. Mais il est également fondamental que le régime ne pèse pas sur ces personnes recevant le supplément de revenu garanti partiel et celles ne recevant pas le supplément de revenu garanti, mais étant à la limite des bas revenus et risquant de s'appauvrir rapidement.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge soulignait, récemment, dans son écrit *Les défis d'une société canadienne vieillissante* que l'augmentation des frais reliés à la consommation de médicaments chez les aînés provoque une baisse de la consommation de médicaments essentiels. Cette baisse, on le devinera, entraîne à son tour une hausse de la consommation des autres types de services médicaux, tels que les visites chez le médecin et l'hospitalisation, etc. Les personnes âgées doivent continuer à recevoir les médicaments dont elles ont besoin, et ce, sans avoir à couper sur l'épicerie et le chauffage.

Le Dr Robyn Tamblyn a démontré que l'augmentation des primes du régime de l'assurance médicaments sur les aînés a eu un effet désastreux. Un nombre moins élevé d'ordonnances nécessaires ont été remplies, ce qui a entraîné une hausse de 111 % des consultations chez le médecin, une augmentation de 47 % des visites à l'urgence et 66 % plus d'hospitalisations, d'institutionnalisations et de mortalités. Les médicaments préventifs sont généralement mis de côté lorsque l'argent devient un enjeu fondamental pour les aînés.

Nous souscrivons, par ailleurs, aux mesures déjà identifiées en 1995 par le groupe de travail sur l'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées, partiellement reprises par le rapport Clair et les divers intervenants présentés dans le rapport Montmarquette, afin de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Et ces mesures sont: l'amélioration des programmes de formation des professionnels; une meilleure interaction entre le médecin et le pharmacien; des mesures pour favoriser une meilleure observance de la prise des médicaments; l'accès du médecin au dossier pharmaceutique du patient; puis l'accès des outils de

communication et d'aide à la décision pour les médecins; et l'inscription sur l'ordonnance de l'intention thérapeutique pour informer le pharmacien.

Ce qui est surprenant, c'est de se rendre compte que nous avons la connaissance du problème depuis plusieurs années maintenant et qu'aucune action concrète n'est venue appuyer les recommandations des divers colloques, symposiums et groupes de travail. Cessons donc d'étudier et de recommander et passons à l'action.

La gestion en silo, une piste à suivre. Mais les économies effectuées par un centre hospitalier grâce à la consommation d'un médicament préventif ne sont pas calculées, les dépenses n'étant pas issues d'un budget commun. Le virage ambulatoire, faisant économiser les hôpitaux sur leurs coûts de médicaments, ne semble pas avoir transféré ces sommes au régime général d'assurance médicaments ni aux services de soins à domicile.

Il importe de remettre la consommation des médicaments dans une certaine perspective. Ils ne sont pas qu'une dépense, ils permettent d'économiser sur les frais d'hospitalisation et peuvent sauver des vies. Il est fondamental que l'analyse de l'impact des coûts des médicaments ne se fasse pas de façon cloisonnée.

Il n'est pas certain que la règle du médicament au plus bas prix soit des plus heureuses. Elle peut mettre la santé des gens et la recherche en péril. À notre avis, le gouvernement devrait plutôt instaurer une politique du meilleur rapport qualité-prix, favorisant ainsi ce qui est le meilleur pour la santé des gens, et ce, sans abus.

La création du Conseil du médicament nous semble assurément une bonne chose. Il est essentiel selon nous que les critères d'inscription des médicaments soient des plus rigoureux et portent des valeurs visant à protéger les citoyens de toute forme d'abus, notamment sur la valeur thérapeutique des médicaments et sur l'autorisation de nouveaux médicaments. La notion de rapport coût-efficacité est également fondamentale.

Un régime universel: oui, non, mais... Nous pourrions penser qu'un régime universel serait efficace étant donné qu'un plus grand nombre de participants se partageraient les coûts du régime. Cependant, il est loin d'être sûr que les coûts seraient moindres. L'ensemble de la clientèle deviendrait captive, et les coûts des régimes privés pourraient connaître une hausse afin de combler ce que le gouvernement ne paie pas.

D'autre part, nous n'avons pas oublié l'affront que les régimes publics ont fait vivre aux Québécoises et aux Québécois. Rappelons-nous l'époque de l'instauration du régime de l'assurance automobile. Les primes des assurances privées auraient dû baisser alors qu'elles sont restées les mêmes, les contribuables essayant ainsi de façon détournée des hausses importantes. De plus, les surplus de cette caisse ont été détournés à d'autres fins. Il en est allé de même avec les fonds de la caisse de l'assurance emploi. Pourquoi ferions-nous confiance au gouvernement en ce qui a trait à ce type de gestion? Tout comme le ministre, nous croyons pour le moment que la mixité des régimes publics et privés devraient se poursuivre. L'apport des employeurs est important et ne doit pas être négligé. Souhaitons que notre analyse ne soit pas le fruit du mirage que l'on ne pourra jamais atteindre.

Et, en conclusion, le ministre désire mettre en place un certain nombre de mesures, qui, nous l'espérons, seront efficaces. Le fait de mettre à contribution les compagnies pharmaceutiques est une bonne chose en soit; reste à voir quel en sera l'impact. La formation des médecins est une chose, à nos yeux, fondamentale. Cependant, il faudra voir si ces efforts viendront contrer le marketing agressif et intensif de l'industrie pharmaceutique. À ce jour, le régime général d'assurance médicaments a été mal planifié. Les mesures présentées par le ministre risquent de donner des effets dans quelques années seulement. Souhaitons que l'introduction de ces mesures ne créent pas de nouveaux laissés-pour-compte au sein de la population âgée. Le cumul des augmentations depuis le ticket modérateur de 2 \$ a imposé des charges financières très importantes à des personnes qui n'ont pas toujours la capacité de les assumer. Et les aînés sont inquiets. Quand ce rythme fou d'augmentation va-t-il cesser? Est-ce que les médicaments vont devenir un produit de luxe?

L'explosion des coûts du régime est de toute évidence reliée à l'augmentation générale de la consommation des médicaments au Québec dans un contexte de prévention et de plus nombreuses maladies contrôlables grâce aux médicaments, à l'augmentation de la clientèle, à l'augmentation des coûts des médicaments en soi et à l'utilisation non appropriée de ceux-ci. Selon nous, ce sont des règles d'encadrement sévères qui devraient être instaurées afin de freiner la hausse des coûts du régime. Le rôle des médecins, des pharmaciens et de l'ensemble du personnel soignant est fondamental dans la prévention des risques associés à la mauvaise utilisation des médicaments. À cet effet, la FADOQ a retenu les recommandations suivantes:

Recommandation 1. Que le gouvernement fasse une réflexion et offre des solutions quant à l'énorme fardeau que les travailleurs à faibles revenus doivent assumer;

Recommandation 2. Des règles d'encadrement sévères devraient être instaurées afin de freiner les hausses mirobolantes des coûts du régime;

Recommandation 3. Que le Conseil du trésor continue de soutenir les personnes démunies afin que celles-ci ne croulent pas sous un fardeau qu'elles ne peuvent assumer;

Recommandation 4. Doter les médecins d'outils de formation et d'information efficaces afin de favoriser l'usage rationnel des médicaments et non celui du plus cher;

Recommandation 5. Connaître les facteurs qui influencent la consommation de médicaments par les personnes âgées afin d'élaborer des stratégies de prévention d'une mauvaise utilisation des médicaments ou de promotion d'une utilisation adéquate de ceux-ci;

Recommandation 6. Mieux connaître les effets des médicaments hors des conditions des essais cliniques, ces dernières n'étant pas effectuées sur des clientèles à risque comme les personnes âgées;

Recommandation 7. Inciter les médecins et les pharmaciens à mieux connaître la gériatrie et le vieillissement afin qu'ils favorisent une meilleure observance de la prise des médicaments chez les aînés;

Recommandation 8. Revoir totalement le mode de gestion du système de santé, y compris celui du régime d'assurance médicaments. La gestion en silo nous apparaît comme un grave problème auquel il est urgent de s'attaquer;

Recommandation 9. Le régime public devrait continuer d'être obligatoire pour tous ceux qui ne sont pas couverts par des assurances privées;

● (16 heures) ●

Recommandation 10. Que le gouvernement provincial fasse des représentations au fédéral afin que les règles régissant les médicaments brevetés soit resserrées;

Recommandation 11. Favoriser une étude indépendante et impartiale qui tiendrait compte de l'accès aux médicaments, de la qualité de ceux-ci, de la recherche et des impacts économiques de cette industrie afin d'apporter un nouvel éclairage sur cette dichotomie médicaments brevetés, médicaments génériques;

Et recommandation 12. Revoir la pertinence de la règle du 15 ans;

Et recommandation 13. Maintenir le régime sans toutefois le rendre universel. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. Legault pour vos recommandations. Alors, sans plus tarder, je cède la parole au ministre.

M. Legault (Rousseau): Oui. D'abord, je voudrais remercier M. Legault — M. François Legault, hein, aucun lien de parenté, même si ma mère est membre de l'âge d'or, évidemment, hein, ha, ha, ha — et je voudrais aussi remercier Mme Aubert, là, qui est conseillère aux dossiers sociaux, pour votre mémoire, votre présence ici, à Québec.

Peut-être comme première question, vous avez parlé beaucoup de notre approche avec les compagnies pharmaceutiques, mais aussi, dans votre mémoire, vous parlez de la promotion de l'utilisation optimale des médicaments par, entre autres — vous dites, là — une meilleure interaction entre les médecins et les pharmaciens. On est bien d'accord, là, qu'il faut trouver une façon de profiter davantage de l'expertise, entre autres, des pharmaciens. Mais j'aimerais ça vous entendre peut-être élaborer un peu sur comment vous voyez le développement de cette interaction entre ces deux groupes.

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

M. Legault (François): Bien. Je vous dirais que je douterais, moi, qu'il y ait vraiment, je dirais, moi, un lien étroit entre le pharmacien et le médecin. Alors, je pense bien qu'il devrait y avoir... En fait, ce que je veux dire par là, c'est qu'on est sûr que le médecin n'a pas la même expertise que le pharmacien au niveau des médicaments. On sait certainement qu'il y a certains médicaments qui peuvent être prescrits qui sont encore bons, mais, par contre, que d'autres médicaments qui sont prescrits par des médecins coûtent plus cher et puis qu'il n'y a pas de lien qui se fait entre les deux, à savoir, bien, pourquoi tu changes de médicament.

Je dois vous donner un exemple personnel que j'ai eu. Moi, j'avais un médicament concernant une

certaine maladie et puis qui était très efficace, et puis, tout bonnement, il y a eu — c'était un générique que je me servais — et puis il y a eu une autre prescription qui nous est arrivée, et puis que là j'ai dû prendre, et puis c'était un médicament original, et puis, à ce moment-là, il coûtait plus cher. Alors, pourquoi changer? Alors, il y a peut-être eu un manque de communication, je crois, entre le pharmacien et le médecin à savoir pourquoi on change de médicament comme ça sans...

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

M. Legault (Rousseau): Oui. Et, quand vous parlez...

M. Legault (François): Voudrais-tu parler, Louise?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Vous voulez... En complément de réponse, vous voulez ajouter quelque chose, Mme Aubert?

Mme Aubert (Louise): Oui. J'ajouterais un petit quelque chose en complément de réponse à M. Legault. On souhaite profondément que les médecins démontrent le plus d'ouverture possible face à l'expertise que les pharmaciens représentent. L'idée d'inscrire sur la prescription l'intention thérapeutique pourrait permettre, de fait, au pharmacien de réajuster une prescription ou, à la limite, qu'il y a des modalités d'inscrites de révérifier auprès du médecin ou quoi que ce soit. Mais, pour nous, c'est assez important, le pharmacien doit jouer pleinement le rôle pour lequel il est habilité.

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

M. Legault (Rousseau): Donc, vous êtes d'accord avec, si je comprends bien, avec le projet-pilote, là, qui est inclus dans le projet de loi sur l'inscription de l'intention thérapeutique par le médecin.

Vous proposez aussi dans votre mémoire une politique du meilleur rapport qualité-prix. Bon, M. Legault parlait tantôt, là, des médicaments génériques. Bon, peut-être juste une précision, au Québec, on a fait le choix de ne pas avoir cette politique du plus bas prix. Mais, bon, M. Montmarquette évaluait que, si on utilisait demain matin tous les médicaments génériques, on pourrait économiser à peu près 24 millions de dollars par année. Juste vous dire, là, qu'on a une entente avec le ministère des Finances où il y a une compensation financière pour ne pas que ça vienne à avoir des impacts financiers pour les assurés de notre régime.

Mais je reviens à votre proposition de politique du meilleur rapport qualité-prix. Comme vous l'avez probablement vu dans le projet de loi, on a ajouté et modifié des critères de sélection des nouveaux produits au Conseil des médicaments en introduisant, justement, ce rapport coûts-bénéfices. Est-ce que vous pensez que ces nouveaux critères répondent un peu à votre proposition ou si c'est d'autre chose que vous aviez en tête?

M. Legault (François): Bien, je pense que c'est l'avenir qui nous dira si le geste que vous avez posé à l'effet va être profitable ou pas. Alors, on est heureux de savoir que vous le faites actuellement, et puis il devient coutumier dans ce sens-là, et voir qu'est-ce que ça peut donner à l'avenir.

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

M. Legault (Rousseau): Parfait. Oui. Maintenant, bon, vous dites que vous déplorez le fait que, les aînés qui reçoivent le soutien au revenu garanti partiel, qu'on ait augmenté pour eux les contributions et les primes. Bon. Comme vous le savez probablement, la consommation moyenne annuelle des personnes âgées est plus élevée que la consommation moyenne des autres adhérents. On parle pour les personnes âgées d'une consommation moyenne entre 1 300 et 1 600 par année. Pour les autres adhérents qui ne sont pas des personnes âgées, c'est plus autour de 500 \$.

Il y a des groupes de jeunes — je me souviens, vous étiez là au Sommet du Québec et de la jeunesse, M. Legault — puis les jeunes nous parlent beaucoup d'équité entre les générations. Puis, ce soir, on va avoir un groupe, entre autres Force Jeunesse et puis aussi la Fédération des étudiants universitaires qui viennent nous proposer de rétablir l'équité entre les générations en modulant la prime en fonction du risque, donc en fonction de l'âge de l'adhérent. Donc, ce qu'ils nous proposent, c'est un peu ce que M. Montmarquette proposait, c'est de dire: Étant donné que les personnes âgées consomment, bon, deux fois plus de médicaments, on devrait doubler la prime, bon, en se concentrant, bien sûr, là, sur les personnes qui ont des revenus plus élevés. Bon, ce n'est pas le choix qu'on a fait dans le projet de loi, là, mais, peut-être pour répondre aux jeunes qu'on va rencontrer ce soir et qui ont émis justement un communiqué de presse aujourd'hui, qu'est-ce que vous en pensez, de la proposition des jeunes?

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

M. Legault (François): Bien, d'abord, la proposition des jeunes, je pense que vous l'avez dans votre rapport plus complet. C'est que, si eux veulent l'appliquer, bien, nous, on n'aura pas besoin de payer des taxes scolaires parce qu'on ne va pas à l'école. Alors, pourquoi eux nous taxeraient de vouloir payer nos médicaments en entier ou, enfin, en grande partie, alors que le reste de la population ne nous aiderait pas à le faire. Alors, non, je ne suis pas d'accord avec ça, moi. Parce que d'abord les aînés, là, il faut qu'on se mette dans la tête qu'ils font partie intégrante de la population. Ce n'est pas une question de dire on est à part. Je suis ici pour en parler, des aînés, puis je prends la défense des aînés. Mais nos actions à travers la Fédération touchent tout le monde. Si, nous autres, on vient pour parler soit de médicaments puis qu'on veuille parler d'hospitalisation, et tout, on sait qu'il n'y a pas seulement les aînés qui sont hospitalisés, alors ce qui veut dire qu'on défend tout le monde, mais autant les enfants aussi. Alors, l'autre jour, j'étais au Conseil de la famille. C'est

sûr, on fait partie intégrante de la famille, parce qu'il y a trois éléments dans une famille: il y a l'enfant, il y a le parent puis il y a le grand-parent. Alors, on fait partie en fait de cette société-là. Alors, je suis complètement en désaccord avec ce qu'ils disent.

Mme Aubert (Louise): J'ajouterais peut-être...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre. Oui, Mme Aubert.

Mme Aubert (Louise): Oui, j'ajouterais un complément. Écoutez, effectivement, à la FADOQ, on s'est toujours opposé à tout discours qui oppose les générations, et il y a vraiment une question d'éthique dans la consommation de médicaments ou dans quoi que ce soit d'autre. Si on se met à taxer les aînés, puis supposément parce qu'ils consomment plus de médicaments — en fait il faudrait pondérer ces chiffres-là, on n'a pas le temps, mais on pourrait vous faire une élaboration à ce propos-là — est-ce qu'on va taxer les jeunes parce qu'ils vont chez McDo quatre fois par semaine, parce qu'ils prennent un coup le vendredi soir, parce qu'ils fument toutes sortes de choses?

Écoutez, l'idée, c'est d'avoir des personnes bien soignées qui vont coûter le moins cher possible à l'État, et le médicament, je pense que tout le monde le reconnaît, est quelque chose qui aide à maintenir la personne, peu importe son âge, dans un état de santé le plus satisfaisant possible et qui va lui éviter des hospitalisations inutiles.

M. Legault (François): D'ailleurs, je me refuse à faire toutes sortes de comparaison entre les générations parce que, définitivement, comme je disais tantôt, on fait partie de la population en général et je ne voudrais pas que l'on soit taxé de faire à part.

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

M. Legault (Rousseau): Oui. Maintenant, bon, si on prend juste le groupe des personnes âgées, là, concernant... bon, on a un tableau qu'on nous dit qu'il est souvent complexe, là, mais on a trois blocs pour les personnes âgées: les personnes âgées qui reçoivent le maximum de soutien au revenu garanti, où il y a une prime, une franchise, c'est-à-dire, de 8,33 \$, qui n'est pas augmentée, un maximum par mois de 16,66 et aucune prime; pour les personnes qui reçoivent un SRG partiel, on augmente à 9,13 la franchise par mois, le maximum à 45,67 par mois et la prime fluctue maintenant jusqu'à 422 \$ au lieu de jusqu'à 385; et, pour les personnes âgées qui ne reçoivent pas du tout de SRG, bien, toujours 9,13 de franchise, maximum 68,50, puis la prime, c'est la même chose.

● (16 h 10) ●

Vous nous dites dans votre mémoire: On devrait peut-être épargner, entre autres, les personnes qui reçoivent le SRG partiel. Est-ce que vous seriez ouvert à une proposition où on modulerait davantage selon les revenus, c'est-à-dire d'épargner encore davantage les plus faibles revenus, mais, en échange, pour balancer le régime, augmenter un peu les contributions puis les

primes de ceux qui ont des revenus plus élevés? Est-ce que vous pensez que ce serait une bonne idée ou vous n'êtes pas ouvert à une proposition comme ça?

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

M. Legault (François): Mais, en fait, je pense bien qu'avant de répondre à ça il faudrait avoir un travail actuariel qui pourrait nous dire que, vraiment, on pourrait le faire, ça. Alors, c'est difficile pour moi de dire oui, malgré que, dans la normale des choses, ça pourrait se faire. Mais, par contre, c'est sûr que ceux qui sont à faibles revenus, eh bien, ceux-là, ils ont vraiment besoin. Je ne sais pas si vous avez lu les journaux, il y a une journée ou deux, je pense, que, à Québec, les gens de la basse-ville sont plus malades que les gens de la haute-ville. Pourquoi ça? C'est parce que les gens sont plus pauvres, puis, étant plus pauvres, peut-être qu'ils se passent de médicaments parce qu'ils ne peuvent pas payer les franchises. Et puis là ils sont plus malades. Alors, à ce moment-là, ils vont où? Ils vont aux urgences, aux CLSC ou bien non hospitalisés. Alors, c'est ça qu'il faudrait éviter. Puis je pense qu'en demandant que ces personnes-là soient exemptées de l'augmentation je pense qu'on ne fait pas fausse route parce qu'on va faire de l'argent sur un autre côté, c'est-à-dire qu'ils seront moins malades.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste deux minutes.

Mme Aubert (Louise): J'aurais ajouté deux, trois choses.

M. Legault (Rousseau): Oui.

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

Mme Aubert (Louise): Juste vous rappeler qu'une personne qui a le supplément de revenu garanti complet gagne moins de 12 000 \$ par année, une qui a le supplément partiel gagne moins de 17 000 \$ par année. Alors, on ne parle pas de gens qui ont beaucoup d'argent. Et, quand vous évoquez la possibilité de faire payer par les personnes un peu plus riches, ce n'est pas les aînés qui vont vous aider parce qu'il y a moins de 4 % des personnes de 65 ans et plus qui gagnent plus que 40 000 \$ par année. Alors, ce n'est pas fort, fort, hein?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Aubert. Oui. Alors, Mme la députée de Lavoie.

Mme Boulet: Alors, bonjour, M. Legault et Mme Aubert. On vous remercie d'être présents parmi nous aujourd'hui. En fait, je suis contente d'entendre ce que vous dites, là. Je pense que c'est très pertinent et que, étant donné que la population du Québec vieillit de plus en plus et qu'on aura une portion de personnes âgées peut-être de plus en plus importante, que c'est important de mettre des balises bien établies là-dessus.

Moi, j'avais quelques questions par rapport à vos recommandations. La recommandation 1, entre autres, vous dites: «Que le gouvernement fasse une réflexion et offre des solutions quant à l'énorme fardeau que les travailleurs à faible revenu doivent assumer.» Alors, quand on parle de travailleurs, c'est-à-dire les gens qui sont assurés dans le privé, j'imagine, parce que, s'ils sont... ou ce sont des travailleurs à faibles revenus qui n'avaient pas d'assurances et qui, là... Et quelles seraient vos suggestions par rapport à ces gens-là? Parce qu'on sait que quelqu'un qui gagne un faible revenu, il y en a deux types: il y en a qui n'étaient pas assurés du tout qui ont maintenant accès au régime général d'assurance médicaments; il y a des gens également qui ne gagnaient pas plus cher, mais qui avaient une assurance, qui sont obligés d'adhérer à une assurance dans le privé de par leur travail, de par l'entreprise où ils travaillent. Mais ces gens-là ne sont pas plus riches d'une part et d'autre, et, avec le régime général d'assurance médicaments, le régime public, on leur donne un coup de main à la limite. Mais, quand on arrive dans le privé, il n'y a pas de compensation qui se fait pour ces gens-là qui ne gagnent pas nécessairement plus cher. Est-ce que c'est... C'est dans quel sens, là?

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

M. Legault (François): Je vais demander à Louise de répondre.

Mme Aubert (Louise): En fait, je vous référerai à la page 3 du mémoire, au paragraphe central, où, pour nous, on ne pouvait pas passer sous le silence les travailleurs à faibles revenus, même si ce n'étaient pas des gens qui relèvent de notre mandat. Il y a eu une étude qu'on a regardée, faite par le Regroupement des consultants en avantages sociaux du Québec, et qui disait que les personnes qui doivent souscrire au régime de leur employeur, si tel est le cas, et qui gagnent un faible revenu, effectivement se retrouvent dans une situation souvent très précaire. Et c'est la même chose pour les personnes à faibles revenus tout comme les aînés qui n'ont aucun supplément de revenu garanti, mais qui gagnent à peu près 18, 20 000 \$ par année. Déjà, ces gens-là vivent très, très serré. Alors...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

Mme Boulet: Est-ce que vous seriez pour le fait que le gouvernement retourne un crédit d'impôt ou autre chose, d'une autre façon, peu importe, mais pour aider ces travailleurs à faibles revenus qui n'ont pas plus les moyens, là, de payer une assurance privée à la limite, là?

Mme Aubert (Louise): Ça pourrait être une solution. Ce qu'on disait, c'était surtout d'étudier la situation...

Mme Boulet: D'étudier la situation.

Mme Aubert (Louise): ...d'en tenir compte. Elle est là, elle est bien réelle.

Mme Boulet: O.K. Dans votre recommandation 2, vous dites: «Des règles d'encadrement sévères devraient être instaurées afin de freiner les hausses mirobolantes des coûts du régime.» Pouvez-vous élaborer sur ce que vous entendez par règles d'encadrement sévères?

M. Legault (François): Quand on parle du régime de l'assurance médicaments, on sait que ça coûte cher parce que c'est un moyen de permettre aux gens d'être moins malades, mais, par contre, ça coûte cher, faire ça. Autrement, bien, ils iraient dans les institutions. Alors, ce que j'ai pu constater dans le passé, c'est que les argents qui étaient, par exemple... Prenons un exemple, prenons le service ambulatoire qui était autrefois dans les hôpitaux pour le service ambulatoire à domicile. Alors, il a été transféré dans les CLSC, et je sais pertinemment que les argents qui étaient dévolus aux hôpitaux n'ont pas été, ou très partiellement, versés aux CLSC pour pouvoir maintenir le service ambulatoire à domicile. Alors, pourquoi est-ce que ces argents-là ne sont pas transférés?

La même chose pour les médicaments. Si on sait que les médicaments sauvent des argents à l'hospitalisation, pourquoi est-ce que l'hospitalisation ne transférerait pas des argents au service du médicament pour pouvoir compenser? Alors, c'est là, là, que... Quand on sépare trop les choses, à ce moment-là, c'est qu'on se réveille toujours avec un qui est en déficit, mais, par contre, les autres ne sont pas nécessairement en déficit puis ils devraient combler, mais ils ne combler pas. Alors, c'est un constat que j'ai fait dans le passé sur un point, mais il pourrait y en avoir bien d'autres. Puis c'est pour ça que je disais, aussi, dans le rapport, qu'il faudrait qu'on révise le système de santé en son entier pour être capable justement de pouvoir balancer les choses telles qu'elles devraient être et puis que là on paie pour... et que l'on ne paie pas pour une partie, alors qu'on devrait payer pour l'ensemble...

Mme Boulet: Alors, ce que vous me dites, là, et on est d'accord avec vous: Que, là, on considère à l'heure actuelle le médicament comme un corps étranger au reste du système de la santé, et que le médicament, dans le fond, il permet des économies au niveau des frais médicaux, au niveau des frais hospitaliers et qu'on devrait être capable de considérer autant les bénéfices que les coûts, et là, à l'heure actuelle, on n'évalue pas ces bénéfices-là, donc il n'y a pas de transfert d'argent qui se fait d'une enveloppe à l'autre, on gère en silo, et ça nous donne une espèce d'image qui n'est pas tout à fait transparente des bénéfices du médicament dans le réseau ou dans notre société.

Ma question, par contre, elle allait, là... la recommandation 2, vous parlez des règles d'encadrement, là, pouvant freiner les hausses de coûts de régime, là. Est-ce que c'est la même chose, là, que ce que vous venez de dire ou si c'est autre chose que vous vouliez dire, dans la recommandation n° 2?

M. Legault (François): Je vais laisser Louise répondre à celle-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Mme Aubert.

Mme Aubert (Louise): Bien, en fait il y avait certains des aspects qu'on a nommés effectivement dans la révision de la gestion en silo. Mais il y avait également de voir, bon, par exemple, la hausse des coûts des médicaments en soi, qui est assez importante, de voir à trouver des façons, des règles de... Il faut freiner ça, cette industrie-là, c'est insensé.

Mme Boulet: Vous n'avez pas nécessairement de solution, mais vous pensez qu'il faut intervenir et...

Mme Aubert (Louise): Oui.

Mme Boulet: O.K. Il y a beaucoup de gens qui nous disent et je pense vous êtes peut-être les personnes les mieux placées pour nous le dire, M. Legault: Est-ce que vous trouvez que c'est compliqué, de comprendre une facture quand vous allez chercher un médicament à la pharmacie? Est-ce que, quand on vous parle de la franchise, de la portion coassurance, est-ce que, d'un mois à l'autre, le même médicament, il ne vous coûte pas le même prix parce que, bon, est-ce que vous trouvez que c'est complexe et que ça aurait eu avantage à être simplifié pour que la grande partie de la population et principalement peut-être les personnes âgées comprennent mieux ce en quoi ça consiste quand ils arrivent à la pharmacie puis qu'ils ont une facture qui leur est présentée?

Parce que, moi, je peux vous dire, personnellement, on a beau expliquer, puis expliquer, expliquer, même si ça fait cinq ans que le régime est en place — je pense — que j'explique puis qu'après mon explication je ne suis pas convaincue qu'on a compris comme il faut, je ne suis pas convaincue qu'on serait capable de me retourner l'explication parce qu'effectivement c'est très complexe. Et, même, à la Régie, on a déployé de nombreuses heures de temps supplémentaire pour tenter d'expliquer, et est-ce que ça aurait été... puis ça aurait été le fun et avantageux, là, qu'on tente de le simplifier.

● (16 h 20) ●

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

M. Legault (François): Bien, c'est sûr, c'est sûr que, si c'était simplifié, ce serait plus compréhensible, surtout que, depuis quelque temps, dans les pharmacies, eh bien, ils nous disent: Ce n'est pas à nous à répondre aux questions sur les factures, adressez-vous à tel numéro de téléphone, ils vont vous donner les explications. Alors, ce qui veut dire que même les pharmaciens, là, ne collaborent pas à expliquer. Alors, définitivement que c'est... C'est sûr que le montant final qui compte, c'est ce qu'on paie. On se dit: Bien, c'est ça, mais de là à aller décortiquer une facture de pharmacie, je vous le dis, moi, qu'il faut que quelqu'un soit avisé, définitivement. Il faudrait que ce soit simplifié.

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

Mme Boulet: C'est ça. Je vais passer la parole à mon collègue, mais je voudrais juste dire à M. Legault que ce n'est pas parce que les pharmaciens ne veulent

pas collaborer, ils ont collaboré amplement, amplement, amplement, mais ça demande un temps fou, et c'est du temps, pour les pharmaciens, qui est très précieux. S'il est précieux pour le gouvernement, il est précieux pour ces professionnels-là également.

M. Legault (François): Bien, je ne dis pas qu'ils n'ont pas collaboré puis je ne dis pas qu'ils ne collaborent pas dans certains endroits, mais il reste que c'est affiché comme tel.

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

M. Gauthrin: Je voudrais intervenir sur une partie de votre mémoire, les pages 12 et 13, qui touche la recherche pharmaceutique. Vous avez commencé par vous poser la question sur la règle de 15 ans et vous soulevez la question sur la concurrence. Si je ne m'abuse pas, la règle de 15 ans permet, pendant cette période de 15 ans, après la période où le médicament est protégé par un brevet, de pouvoir y avoir une concurrence entre des génériques et le médicament d'origine. Donc, il y a concurrence entre les deux. Donc, lorsque vous dites: La concurrence est bénéfique, dans ce cas-là il y a justement concurrence entre le générique et le médicament d'origine.

Bon, vous vous posez la question, bien sûr, vu de votre point de vue — vous répondez oui à ma question par hochement de tête. Vous voyez, à l'heure actuelle la recherche pharmaceutique est un élément extrêmement important de l'économie du Québec, et les compagnies pharmaceutiques sont un fleuron de l'économie actuellement. Ce qui les attire ici, c'est en partie la règle de 15 ans et en partie la loi C-91, c'est-à-dire l'extension de la protection des brevets.

Les questions que vous vous posez, je pourrais vous envoyer, si vous voulez — je ne sais pas si vous avez accès ou pas — à tout le débat qui a eu lieu, il y a une dizaine d'années, je crois, ou 12 ans à peu près maintenant — 10 ans — lorsqu'on a eu l'extension de la période de brevet — je ne sais pas si vous avez lu ces documents ou pas — pour soutenir en quelque sorte la renaissance de l'industrie pharmaceutique au Québec. Est-ce que vous les avez vus?

Mme Aubert (Louise): Oui.

M. Gauthrin: Et ça ne vous a pas convaincus?

Mme Aubert (Louise): Bien, en fait, l'évolution de cette situation-là, c'est l'espèce de tricherie qu'il y a derrière cette industrie. On va rajouter une molécule qui est plus ou moins importante, on va avoir un nouveau brevet, on va se protéger à nouveau, on va complètement bâillonner la concurrence. Et la concurrence, en théorie, oui, mais, en réalité, existe-t-elle vraiment?

M. Gauthrin: Mais je comprends ce que vous dites, vous dites... Je me permets de vous dire que je ne partage pas votre point de vue sur le mot «tricherie» dans l'industrie. Je ne crois pas qu'elle existe comme telle. Et, au contraire, vous comprenez bien que la majeure partie... vous êtes en train de me dire... le

médicament est un élément important dans les thérapies que vous allez mettre de l'avant, il est important qu'on puisse développer actuellement de nouveaux médicaments. Et, pour développer de nouveaux médicaments... Vous savez que, pour un médicament qui pourra réussir à pénétrer le marché, il y en a à peu près une dizaine — 10, 12 — qui ne pénétreront jamais le marché comme tel. Et ces protections qu'on a mises au niveau des brevets et de la règle de 15 ans, ça nous permet en quelque sorte de nous assurer qu'il y a un avancement, en quelque sorte, de la connaissance en ce qui touche les médicaments.

M. Legault (François): En fait, je pense qu'on est dans un cercle vicieux, je crois, parce que ce qui arrive, c'est que l'évolution de la science est tellement rapide aujourd'hui qu'on est toujours pris avec un nouveau médicament qu'on met sur le marché puis on est toujours pris avec un 15 ans.

M. Gauthrin: C'est vrai. Mais, attendez, le 15 ans, oui, il y a le 10 ans et le 15 ans, bien sûr, bien sûr, mais, d'un autre côté, on pourrait dire: Ça a un effet direct sur la qualité de la santé de la population, parce que, parce qu'on a généré de nouveaux médicaments, parce qu'on crée de nouvelles molécules... Je pense que ma collègue rappelait toujours dans le débat: Il fut un temps, si on prend les gens qui avaient des ulcères d'estomac, on les opérait purement et simplement. Maintenant, on est en mesure de les traiter strictement par voie de médicaments. Je pourrais vous faire l'historique de ce qui arrive dans l'ensemble des médicaments qui ont été mis de l'avant. Donc, il y a un avancement de la connaissance, il y a un avancement de la science dans ce sens-là, et on y participe en partie par les règles de protection des brevets, par les règles de protection du 15 ans, et ces règles-là nous permettent d'attirer au Québec une industrie extrêmement vigoureuse. Et la situation, sur le plan économique, si vous me permettez, M. Legault, c'est de se dire: Nous sommes, au Québec, pas totalement, mais en grande partie, l'endroit où se trouve les pharmaceutiques d'origine, et les génériques se trouvent chez nos voisins en Ontario. Donc, c'est un peu pour ça qu'on a une politique de soutenir un peu ce qui est un des éléments moteurs.

Et faites bien attention, je dois vous dire, je dois vous dire: Il y a trois éléments moteurs dans l'économie du Québec: il y a les pharmaceutiques, il y a les transports de l'aviation et il y a les communications. C'est ça, les locomotives de l'économie québécoise.

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

M. Gauthrin: Excusez-moi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En conclusion, M. le député de Verdun.

M. Gauthrin: Bien, je conclus, je voudrais...

M. Legault (François): Bien, en fait, pour répondre à ça, dans notre rapport d'ailleurs on a mis un

bémol. C'est sûr qu'on n'est pas drastique au point de dire: Bien, on rejette ça et puis... Non, pas du tout. Mais il faudrait que, par exemple, notre gouvernement vérifie qu'il n'y ait pas d'abus dans quelque domaine que ce soit au niveau de la pharmacie. C'est tout.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Legault et Mme Aubert, merci d'avoir accepté de participer à cette commission.

Alors, j'inviterais maintenant les représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires à bien vouloir prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, je vous souhaite la bienvenue, M. Bonin, qui est président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. M. Bonin, j'aimerais que vous nous présentiez les personnes qui vous accompagnent, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Bonin (Normand): Merci, Mme la Présidente, M. le ministre, députés et membres de la commission, au nom de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, je tiens tout d'abord à remercier la commission des affaires sociales de nous avoir donné l'occasion de nous exprimer dans le cadre de la présente consultation. Permettez-moi de vous présenter les gens qui m'accompagnent cet après-midi: à ma droite, M. Normand Cadieux, directeur général de l'AQPP; et, à ma gauche, M. Daniel Larouche, économiste et conseiller de l'AQPP.

L'AQPP représente 1 480 pharmaciens propriétaires de 1 606 pharmacies du Québec. De par notre position, nous bénéficions d'un éclairage unique sur le rapport entre les Québécois, leurs médicaments et leur assurance médicaments. C'est à la lumière de cet éclairage que nous faisons nos commentaires sur le projet de loi n° 98.

L'AQPP accueille favorablement de nombreuses mesures importantes du projet de loi. Plusieurs de ces mesures font écho à des recommandations que nous avons formulées devant cette commission lors des audiences publiques de février 2000 sur l'assurance médicaments. L'esprit qui sous-tend le projet de loi témoigne d'une approche lucide face à la problématique du médicament. Malheureusement, nous y trouvons quelques expédients à courte vue, mais ce projet aborde enfin des stratégies à plus long terme, des stratégies qui visent à tirer le meilleur rendement du dollar médicament des Québécois, des stratégies qui incitent à tenir compte de l'impact du médicament sur les autres composantes du système de santé et sur l'état de santé de la population. Je regrouperai mes commentaires sous trois rubriques: le financement, le Conseil du médicament et certaines mesures administratives.

● (16 h 30) ●

D'abord, le financement. En cette matière, il n'y a pas de miracle: qu'il y ait un régime ou non, qu'il y ait des primes ou non, en dernière analyse, les Québécois paient pour la consommation des Québécois. La question à régler concerne les modalités de ces paiements. On veut qu'ils soient équitables, c'est-à-dire qu'ils assurent l'accès de tous aux médicaments et services pharmaceutiques requis par leur état de santé. On veut qu'ils soient efficaces, c'est-à-dire qu'ils ne favorisent ni la surconsommation ni la sous-consommation et qu'ils ne créent pas de fardeau administratif inutilement lourd.

À cet égard, le projet de loi contient plusieurs améliorations: la mise en oeuvre de mécanismes plus rigoureux de perception des primes et la récupération de primes impayées sont des mesures financièrement saines et socialement équitables; les mesures pour éviter certains contournements administratifs, comme le renouvellement hâtif ou l'allongement des périodes d'approvisionnement, sont financièrement saines et socialement équitables; quant à l'indexation des paramètres, l'AQPP y est en principe favorable. De tels mécanismes procèdent d'un diagnostic lucide quant à l'incontournable réalité. Les Québécois paient pour la consommation des Québécois. L'important est qu'il tire le meilleur rendement de cette consommation.

En fait, en février 2000, l'AQPP avait recommandé que l'on fixe ces paramètres à leur vraie valeur actuarielle et que l'on traite, de façon séparée, l'intervention du gouvernement comme redistributeur de ressources. L'AQPP préconise que les plafonds et taux de coassurance soient les mêmes pour tout le monde et que les paramètres soient déterminés, de temps à autres, en fonction de critères purement actuariels.

Il revient ensuite au gouvernement de défrayer, pour les groupes qu'il veut avantager, la totalité ou une partie de la prime, de la coassurance ou de toute autre forme de contribution exigée des assurés. On saurait clairement combien coûte un assuré de tel ou tel âge et on saurait clairement à quelle hauteur l'État aide une personne de telle ou telle condition. Les débats, les décisions et leur évaluation en seraient éclairés et facilités. Les mécanismes d'indexation proposés par le gouvernement constituent un pas dans cette direction, mais un pas trop timide. On est encore loin d'une distinction limpide entre la politique de santé, d'une part, et la politique sociale, d'autre part. Il s'agit d'une occasion ratée d'accroître la transparence du régime général d'assurance médicaments et de réduire la confusion qui existe dans les débats à son propos.

L'AQPP formule, en outre, deux réserves plus spécifiques quant à la démarche d'indexation. D'abord, l'AQPP demeure persuadée que la présence d'une franchise introduit une complexité administrative inutile. Quand on l'a mise au point, la franchise visait à éviter de traiter un grand nombre de réclamations pour des petites sommes. On n'en a pas besoin quand le paiement est direct. La franchise doit être supprimée et remplacée par une hausse des autres paramètres, comme la prime, le plafond et le taux de coassurance. Ensuite, nous croyons que le taux de coassurance pourrait être porté à un niveau plus élevé en compensation de la suppression de la franchise, mais nous croyons qu'une fois fixé ce taux devrait échapper au mécanisme d'indexation.

Conceptuellement, on ne peut indexer un pourcentage de coassurance comme on le fait pour un montant de prime, de franchise ou de plafond, pour deux raisons. D'abord, contrairement à tous les autres paramètres, la coassurance est payable pour chaque ordonnance. Elle s'auto-indexe donc à l'augmentation de la consommation à concurrence du plafond de contribution. Si un patient change de médication et passe de une à deux ordonnances par mois, il paiera toujours une seule prime. Il paiera une fois la franchise mensuelle, le cas échéant, mais deux fois la coassurance. La coassurance s'auto-indexe aussi au prix des médicaments. Comme le pourcentage s'applique à un montant qui lui-même augmente d'année en année, le maintien d'un pourcentage constitue déjà une indexation implicite du montant que la coassurance représente. Indexer le pourcentage de coassurance représente donc, dans les faits, une double, voire une triple indexation.

Dans sa forme actuelle, le projet de loi n° 98 indexe les paramètres pour une partie des assurés seulement. Tous les paramètres seront donc dédoublés. Je constate que, malgré nos appels répétés à la simplification depuis 1997, le gouvernement introduit un degré de complexité supplémentaire sans souci apparent pour son impact sur nos tâches. M. le ministre, je veux porter à votre attention qu'il s'agit ici d'un nouveau glissement déplorable.

Deuxième groupe de commentaires, le Conseil du médicament. La création de ce Conseil du médicament est un pas important dans la recherche d'un usage optimal du médicament. L'AQPP réagit favorablement à l'élargissement et à la fusion de trois organismes en un seul qui poursuivra un mandat élargi. Cette modification est conforme à l'esprit de notre recommandation de février 2000. Cependant, nous sommes étonnés de la représentation relativement faible des pharmaciens sur ce Conseil: deux pharmaciens versus quatre médecins. Nous croyons qu'à titre de spécialistes du médicament les pharmaciens praticiens devraient y occuper une place plus grande. Il ne s'agit pas ici d'une question de nombre, mais d'une contribution qui reflète l'ensemble de la pratique et assure au Conseil une expertise reconnue en la matière.

Par ailleurs, le projet de loi propose de donner au Conseil du médicament l'accès à certaines informations qui identifient le prescripteur, la pharmacie et le pharmacien instrumentant. De telles informations ne sont pas nécessaires à la recherche et à l'analyse en vue de favoriser l'amélioration des pratiques. Elles ne sont manifestement requises que dans une perspective de contrôle des comportements des prescripteurs et des pharmaciens individuels. Ce qui n'est pas le mandat que le projet de loi envisage pour le Conseil. Nous demandons que l'information transmise au Conseil pour ses recherches et recommandations soit non nominative.

En troisième lieu, le projet de loi n° 98 modifie certaines dispositions administratives. Par exemple, l'AQPP note que l'article 6 du projet de loi vise à mitiger certains problèmes administratifs reliés aux demandes de remboursement de la Régie par les patients qui ne s'identifient pas comme inscrits à la Régie au moment de la prestation du service. À l'heure actuelle, les patients demandent aux pharmaciens de reconstituer l'historique de la consommation aux fins de la demande

de remboursement. Ce qui représente un travail administratif fastidieux.

Outre cet aspect, la situation de remboursement soulève également le problème de l'excédent, le cas échéant, du prix déjà payé par le patient sur le prix résultant de l'application de l'entente entre l'AQPP et le gouvernement du Québec. Bien que l'article 6 limite dans le temps la capacité d'obtenir un remboursement, il laisse entière la question de l'excédent éventuel. Nous souhaitons qu'il soit modifié afin d'exonérer le pharmacien propriétaire du remboursement de tout excédent le cas échéant.

Par ailleurs, l'article 42 du projet de loi prévoit l'établissement de projets-pilotes par le Conseil du médicament. Nous sommes très en faveur de cette approche, cependant nous sommes étonnés de retrouver cette disposition dans un projet de loi. De fait, des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux ont déjà évoqué, à la table de négociations, la transmission au CRUM de l'intention thérapeutique, et c'est à la table de négociations que ce point devrait être discuté.

L'AQPP a manifesté son intérêt à collaborer. Mais, dès que l'AQPP a voulu commencer à discuter des modalités de sa collaboration à d'éventuels projets-pilotes, le gouvernement a rompu les discussions sur ce point en particulier. Nous retrouvons maintenant la proposition initiale du gouvernement dans un projet de loi. En vertu de ce projet de loi, tous les participants seront volontaires à l'exception des pharmaciens, qui y sont obligés.

● (16 h 40) ●

Pour la deuxième fois en deux ans, le gouvernement se sert d'une loi plutôt que de négocier avec l'AQPP. Même si l'idée des projets-pilotes est séduisante, cette façon de procéder n'est ni justifiée ni acceptable. Elle met en péril la qualité déjà ébranlée des relations entre les pharmaciens et le gouvernement du Québec.

Cela dit, je tiens à ajouter que, quel que soit le contenu final du projet de loi, l'AQPP exhorte le gouvernement du Québec à accompagner d'une campagne d'information et de sensibilisation tout changement dans les règles, les façons de faire, les procédures de nature à affecter les assurés de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les pharmaciens veulent consacrer leur temps à la prestation de services aux patients, ils ne sont ni des agents d'information ni des agents d'administration bénévoles au service de la Régie.

En conclusion. En 1996, au moment des discussions entourant la mise sur pied du régime général d'assurance médicaments, le ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors avait promis que cette mesure s'inscrirait dans une politique du médicament. Bien que le projet de loi n° 98 ne constitue pas une véritable politique du médicament, il représente un pas important dans la bonne direction. D'importantes mesures y témoignent de l'existence d'une pensée stratégique et d'une préoccupation pour l'impact de l'assurance médicaments à long terme aussi bien qu'à court terme. L'AQPP ne s'explique pas pourquoi cet exercice stratégique n'ait pas été mené à son terme.

Enfin, l'AQPP craint que dans ses modalités et sans ajustements le projet de loi ajoute encore un

fardeau administratif déjà lourd qui pèse sur le temps des pharmaciens, ce temps si précieux que nous souhaitons consacrer à nos patients.

Mes collègues et moi sommes maintenant disposés à répondre à vos questions. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, M. Bonin, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault (Rousseau): Oui. Je voudrais vous remercier, M. Bonin, M. Cadieux, M. Larouche, pour votre présentation.

Bon, d'abord je suis content de voir que vous êtes d'accord avec l'augmentation et l'indexation de la prime et du plafond. Je comprends aussi vos remarques concernant le taux de coassurance, qui s'indexe peut-être automatiquement. Mais je voulais revenir sur votre proposition d'abolir la franchise et de la remplacer par une hausse des autres paramètres. Ce que les spécialistes m'expliquent, c'est que, si on abolissait la franchise et qu'on augmentait la coassurance, il faudrait l'augmenter à 40 % au moins pour compenser le 80 millions qu'on perd pour l'abolition de la franchise. Et ce qu'on m'explique, c'est que, premièrement, lorsqu'on a une assurance qui se rapproche de 50 % — comme vous pouvez le comprendre — ce n'est plus tellement une assurance. Donc, ils me disent: C'est risqué de se rapprocher du 50 %. Deuxièmement, ça vient réduire l'accès aux plus démunis, ce 40 % qu'il faudrait charger.

Donc, je ne sais pas si vous avez tenu compte de ces contraintes, là, mais c'est certain qu'effectivement c'est attrayant d'aller abolir la franchise. On dit que c'est un système qui est compliqué. Bon. C'est plus facile à dire que de trouver des solutions alternatives, là. Bon. Vous en proposez une. Les spécialistes me disent que, pour les raisons que je viens de vous donner, ce n'est pas une bonne idée. Qu'est-ce que vous en pensez?

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

M. Bonin (Normand): Je demanderais à M. Larouche de...

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

M. Larouche (Daniel): On ne parle pas exclusivement d'augmenter la coassurance, on parle d'augmenter les trois autres paramètres, en fait, qui sont... Il y a quatre paramètres, essentiellement, qui déterminent la façon dont est réparti le fardeau financier: il y a la franchise, la coassurance, la prime et le plafond.

La prime et le plafond sont indépendants de la consommation. Alors, ils peuvent avoir un impact sur les revenus...

Une voix: ...

M. Larouche (Daniel): C'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'impact sur la consommation, ils ne freinent pas la

consommation en soi. La prime est payable qu'on consomme ou qu'on ne consomme pas. Au moment de consommer, ça n'ajoute pas un coût, ça n'est donc pas un frein à la consommation, ça n'est pas un frein à l'accès. Même chose pour le plafond, par définition, les gens qui atteignent le plafond sont des gens qui ont consommé, donc dont l'accès n'a pas été freiné jusqu'à l'atteinte du plafond, et, après le plafond, on supprime encore davantage le frein. Donc, on peut jouer avec ces paramètres-là également qui n'ont pas... qui peuvent avoir un... qui peuvent poser un problème de financement. Et c'est pour ça qu'on parle, c'est une autre question, mais de la séparation entre l'assurance médicaments puis la répartition de la politique sociale, mais ça n'a pas d'impact, ça n'exerce pas un frein à la consommation.

Alors, il y a moyen de moduler la coassurance, d'une part, et la prime, et le plafond pour aller récupérer les sommes qui seraient payées par la franchise. Il faut se souvenir que la franchise, et on le disait tantôt, à l'origine, c'était fait pour... ça a été inventé pour des plans, ce qu'on appelait des plans à factures par les compagnies privées. Les plans à factures, les compagnies privées ne voulaient pas recevoir une facture de 4,95 à tous les 15 jours, donc c'était simplement pour contrôler leurs frais d'administration. C'était aussi parce que les compagnies d'assurances savaient bien que, pour la plupart des gens, une facture, après trois semaines dans une boîte à chaussures, elle ne sera jamais envoyée, donc ça diminuait le nombre total de réclamations.

Mais on n'a plus cette raison d'être là dans un plan à paiement direct. Donc, il n'y a pas... Le rôle que ça jouait originellement n'est plus joué par la franchise. Donc, on peut le financer. Il s'agit de trouver du financement ailleurs, mais on peut le trouver autrement en le répartissant sur les trois autres paramètres.

M. Legault (Rousseau): Parce que, finalement, de la façon dont le régime est construit, justement, on voulait avoir certains paramètres qui avaient un impact sur la consommation puis d'autres qui étaient plus fonction, par exemple, du revenu, comme la prime. Si on prend une partie des paramètres qui ont un impact sur la consommation, comme la franchise, qu'on l'élimine et qu'on ne remplace pas toute cette contribution de 80 millions par une augmentation de la coassurance, donc un autre paramètre qui a un impact sur la consommation, est-ce que vous ne craignez pas justement que l'objectif qu'on visait, d'avoir, d'un côté, un impact sur la consommation ou sur la surconsommation éventuelle... qu'on n'atteigne pas aussi bien nos objectifs en allant sur une prime qui est mensuelle, par exemple, peu importe la consommation?

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

M. Larouche (Daniel): Si ce que vous voulez freiner, c'est la surconsommation éventuelle, vous allez trouver, à mon avis, que la coassurance est un mécanisme beaucoup plus efficace que la franchise, parce que la franchise s'oppose, si je peux prendre le mot, au premier dollar de consommation, mais, après, elle ne freine plus rien du tout. Alors, si ce que vous

cherchez, c'est à freiner la surconsommation et à moduler le comportement des consommateurs, si vous voulez, vous allez trouver que la coassurance est beaucoup plus efficace que la franchise. La franchise impose un droit à la porte d'entrée du système.

M. Legault (Rousseau): Mais, bon, comme je viens de dire, effectivement on a le choix entre une franchise ou une coassurance qui est plus grande. Bon. Vous avez probablement remarqué que plusieurs assureurs, dernièrement, ont réintroduit le concept de la franchise. On le voit de plus en plus. Bon. Vous, vous dites: On oublie la franchise. Par contre, il y a un inconvénient aussi. C'est que, si on prend tout le montant de la franchise puis on le met sur la coassurance, ça nous amène à des pourcentages, là, qui se rapprochent du 50 %, donc qui se rapprochent d'un niveau qui fait que ce n'est plus une assurance. Quand c'est rendu, là, qu'on dit: On paie 50 % des dommages, bien, ça commence à ressembler à un régime où tout le monde paie. C'est aussi bien de ne pas avoir d'assurance rendu là. Donc, il y a un risque de ce côté-là, puis c'est pour ça que nos experts disaient: Il faut essayer de rester au moins en bas du 30 % et que, si on veut compenser complètement la franchise, ce n'était pas possible. En tout cas, tout ça pour vous dire que ce n'est pas simple, hein?

M. Larouche (Daniel): Non. Je sais que ce n'est pas simple et, moi, je pensais plutôt à une coassurance d'autour de 30 %, les autres ajustements étant faits plutôt sur la prime et le plafond.

M. Legault (Rousseau): O.K. Donc, sans impact sur la consommation.

M. Larouche (Daniel): Sans impact sur la consommation.

M. Legault (Rousseau): O.K. Maintenant, je voudrais revenir sur le projet-pilote sur l'intention thérapeutique. Bon. Je comprends votre désaccord concernant le fait qu'on vous crée une obligation administrative et qu'il faudrait bien s'entendre sur la rémunération, comme on le fera d'ailleurs dans les autres dossiers avec vous, je l'espère, bientôt.

Mais je veux revenir sur le projet-pilote comme tel. On a eu beaucoup de discussions avec certains médecins qui sont venus ici. Il y a des médecins qui sont réticents à transmettre cette intention thérapeutique aux pharmaciens. Nous, on pense que les pharmaciens ont une expertise, et qu'on n'en profite pas suffisamment, et qu'il faudrait transmettre cette intention thérapeutique, mais je sens beaucoup de réticences. Même, vous allez sentir chez la députée de Laviolette, qui est pourtant pharmacienne, beaucoup de réticences à transmettre cette intention thérapeutique du médecin au pharmacien. Qu'est-ce que vous pourriez dire à la députée de Laviolette puis aux médecins pour les rassurer sur l'importance de transmettre cette intention thérapeutique du médecin au pharmacien?

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

● (16 h 50) ●

M. Cadieux (Normand): Je vous dirai que les réticences varient selon de qui elles parlent... à qui on parle, je devrais dire. Dans les travaux qui ont été amorcés sur la carte santé, par exemple, les gens qui sont autour de la table, les médecins et les pharmaciens, n'ont pas beaucoup de difficultés avec cette notion-là, d'échanger l'intention thérapeutique. Je pense que le discours est rendu au-delà de ça. On parle plus d'échanger les diagnostics maintenant quand ils sont confirmés, aussi. Mais il faut comprendre qu'ils ne sont pas toujours confirmés.

Mais je pense qu'il faut parler d'un véritable échange, un véritable échange d'informations. Il ne s'agit pas juste que les médecins transmettent de l'information aux pharmaciens, il faut que, de la même façon, les pharmaciens puissent transmettre de l'information aux médecins aussi sur le dossier pharmacologique du patient.

Mais je pense que, pour ce qui est des projets, de notre côté, on n'a pas de réticences avec la notion ou l'idée de projet-pilote. Là où on a des réticences, c'est à l'effet que le pharmacien soit le seul professionnel à être obligé à transmettre une information à des fins administratives, et, pour les raisons que le président a mentionnées tout à l'heure, on pense que ça devrait se faire dans le cadre des négociations. Mais le principe lui-même, chez nous, n'est pas mis en question.

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

M. Legault (Rousseau): Peut-être une dernière question concernant aussi... Vous dites que l'information qui est transmise au Conseil du médicament par la RAMQ, elle devrait être non nominative, entre autres en ce qui concerne le prescripteur. Bon. Un des objectifs qui est visé, c'est d'être capable d'avoir un genre de profil de comportement de chaque prescripteur, donc de chaque médecin. Et on en a discuté avec le Collège des médecins, de transmettre ce profil au médecin, avec peut-être un genre de guide, pour être capable de voir quand certains médicaments... Bon, on a parlé beaucoup des médicaments comme les IPP, les coxibs, où on semble consommer beaucoup plus au Québec qu'ailleurs, comme en Ontario, par exemple.

Donc, il semble que, et toute la littérature scientifique semble être claire sur le sujet, qu'une approche de rétroaction auprès des professionnels par l'envoi de profils de prescription personnalisés à chaque médecin avec un suivi, c'est un moyen efficace de modifier ces comportements-là. Pourquoi vous demandez que l'information au Conseil des médicaments par la RAMQ soit non nominative, entre autres en ce qui concerne le prescripteur?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bonin. M. Cadieux.

M. Cadieux (Normand): Oui. Écoutez, la raison pour laquelle on demande ça, c'est qu'à la lecture du projet de loi il nous apparaissait que ce sont des éléments là qui ne sont pas directement reliés avec le mandat du Conseil du médicament et que ces informations-là visaient des fins de contrôle plus que

d'autres fins ou que les fins visées par le Conseil lui-même, là, ou le mandat qui est confié au Conseil. Alors donc, c'est ça, des fins de contrôle plutôt que des fins d'accomplissement de réalisation du mandat du Conseil.

M. Legault (Rousseau): Mais vous ne pensez pas que, pour faire des bonnes revues d'utilisation optimale des médicaments, que ça devrait prendre, là, justement, le nom de chacun des prescripteurs pour bien suivre s'il y a une utilisation optimale des médicaments?

M. Cadieux (Normand): Bien, nous, en tout cas, nous, on pense que ce but-là peut être atteint sans avoir l'information individuelle parce qu'on peut très bien à ce moment-là faire des profils, les partager et faire de l'éducation sans que ce soit nécessairement personnalisé. Et je pense qu'il y a déjà des outils qui permettent de faire ça, si on veut, je pense que la Régie a déjà certains outils pour ça, et je ne suis pas sûr que c'est nécessaire d'encadrer ça dans une loi.

M. Legault (Rousseau): Comment vous pourriez faire ça? Si certains médecins prescrivent plus et d'autres prescrivent moins, si ce n'est pas nominatif, comment vous pouvez faire un suivi?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Cadieux. M. Bonin.

M. Bonin (Normand): Là, là-dessus... Et je vous dirais que... Vous venez de dire: Comment on va contrôler? C'est un moyen de contrôle.

M. Legault (Rousseau): Suivi, suivi.

M. Bonin (Normand): C'est un suivi, c'est un moyen de contrôle, et il n'en demeure pas moins qu'il y a un danger d'attaque à la liberté de pratique. Je comprends les buts visés, mais je ne pense pas que ce soit au Conseil du médicament, que ce soit le rôle du Conseil du médicament de faire ça. Nous avons des organismes professionnels qui voient à ce qu'on pose les gestes comme il faut, et c'est leur rôle. Je ne pense pas que ce soit le but visé dans le projet de loi pour le Conseil du médicament. Alors, nous considérons que ce n'est pas le bon endroit pour... Oui.

M. Larouche (Daniel): Oui, si je peux. Complément de réponse.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, je vous en prie. M. Larouche.

M. Larouche (Daniel): Pour avoir été chercheur dans une vie antérieure, il y a moyen, il y a moyen de travailler avec de l'information individualisée mais non nominative, c'est-à-dire, par exemple, dans le projet de loi, on parle de numéro séquentiel pour le patient, donc on peut suivre le patient sans savoir qui c'est. On peut travailler de la même façon pour suivre le médecin, savoir que tel médecin, un médecin anonyme, mais toujours le même médecin à tel pattern. Et on peut faire des recherches pour identifier, par exemple, des comportements moyens chez, disons, les dermatologues

dans telle situation clinique. Et on peut faire ça avec de l'information non nominative. On peut ensuite préparer des guides de pratique qui s'adressent à ce groupe de médecins là, communiquer ces guides de pratiques là à ces groupes de médecins là, communiquer le résultat de la recherche qu'on a faite sur un groupe de médecins, dire: Voici, en moyenne, c'est comme ça qu'ils se comportent, il y a des cas aberrants dans tel ou tel pourcentage de cas, et la façon de faire dans telle ou telle situation clinique, ce serait a, b, c. Et on peut communiquer à ces groupes de médecins là, ensuite, de sorte que... Et je pense qu'il s'est fait des recherches là-dessus aussi, et ça peut être aussi efficace pour modifier le comportement des gens. Et on n'a pas besoin pour ça de s'adresser à eux directement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste une minute, M. le ministre.

M. Legault (Rousseau): Oui. La littérature scientifique donne des rapports, là. Soumerai, 1989-1994, mentionne que l'envoi aux médicaments de rapports de consommation qui portent sur l'ensemble des patients sans un suivi personnalisé, ça ne modifie pas les habitudes de prescription. Donc, selon, je ne suis pas un expert scientifique, là, mais, selon la littérature scientifique, pour être capable d'avoir un impact, pour que ce soit efficace, il faut que ce soit un profil de prescription personnalisé qui soit envoyé, donc à chaque médecin, sans mesure de contrôle, juste l'informer de son profil de prescription.

Donc, c'est pour ça qu'on tient... Je comprends aussi qu'il y ait des réticences de la part des médecins, on en a parlé avec les médecins, mais je me demandais pourquoi, de votre côté, l'Association des pharmaciens propriétaires avait des réticences à ce que cette information nominative soit transmise sur le prescripteur.

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

M. Larouche (Daniel): C'est parce qu'on pense tout simplement que le fardeau de la preuve incombe au législateur de faire les démonstrations que c'est absolument nécessaire que l'information soit nominative. On pourra regarder vos études, si vous voulez.

M. Bonin (Normand): En plus, je voudrais rajouter qu'il ne faudrait pas oublier que les pharmaciens, ils ne prescrivent pas.

M. Legault (Rousseau): Ce sont les médecins, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Maskinongé, je m'excuse, le temps alloué à votre formation politique est maintenant écoulé. Alors, je vais céder la parole à la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Merci, Mme la Présidente. Alors, bonjour, MM. Bonin, Cadieux et Larouche. Je vous remercie infiniment d'être présents pour nous faire part de votre mémoire aujourd'hui. Alors, je pense que vous

êtes des gens qui êtes très présents sur le terrain, que, le quotidien du régime général d'assurance médicaments, vous êtes des gens qui êtes au parfum, qui êtes très près des réalités et des problèmes de ce régime. Alors, je pense que vos interventions, vos commentaires sont très pertinents et je vous remercie d'autant plus de votre présence.

Juste d'entrée de jeu, j'aimerais dire qu'on a parlé, beaucoup de groupes ont parlé de simplifier le système en abolissant la franchise. Et tantôt le ministre nous disait: Bien, si on abolit la franchise, c'est 80 millions qu'on perd, on devra par conséquent augmenter la coassurance à 40 % pour aller chercher le 80 millions. Je voudrais juste lui rappeler que c'est toujours le même argent puis qu'il vient toujours des poches des contribuables. Alors que... peu importe le chiffre, l'important, c'est qu'il va chercher de l'argent dans les poches des contribuables puis qu'il faut essayer de le contrôler pour ne pas qu'il augmente sans cesse. Alors, que ce soit en abolissant une ou l'autre, l'important, ça aurait été de simplifier. Je sais bien que pour un gouvernement, c'est peut-être plus vendeur d'avoir un 27 % qu'un 40 %, là, mais, dans le fond, il aurait fallu peut-être penser un peu plus loin puis dire qu'il est déjà très complexe, le système, et que ça aurait été intéressant de le simplifier pour tout le monde, je pense.

Vous parlez, messieurs de l'AQPP, vous parlez de l'indexation, vous dites que vous êtes en faveur de l'indexation. Si on exclut la coassurance en général, vous êtes en faveur de l'indexation. Je voudrais parler, moi... On parle dans le projet de loi, à l'article 28, mais on parle d'une indexation qui va se faire annuellement sur les trois paramètres, mais on ne nous parle pas sur quelle base, sur quel taux, elle va se faire. Et je me demande si vous ne trouvez pas ça inquiétant à la limite que, par un projet de loi, on permette une indexation annuelle mais qui ne... on ne parle pas d'encadrement ou d'étude qui sera faite annuellement pour savoir...

Je ne sais pas, vous ne trouvez pas qu'il y a beaucoup de latitude à ce moment-ci pour le gouvernement qu'à chaque année on augmente les paramètres? Et, comme vous le savez depuis que le régime est en place, c'est ce qu'on a fait de toute façon. On a, pas tous les paramètres, mais on a augmenté la prime de façon substantielle. Et vous n'avez pas quelques inquiétudes par rapport à une perte de contrôle? On va se ramasser où dans deux ans, dans trois ans si on ne voit pas le régime en totalité comme il aurait dû être fait au départ? Si on continue dans la même façon et qu'on fait juste mettre un plasteur sur un bobo comme on fait là, je trouve que ça donne une porte d'entrée qui est inquiétante.

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

• (17 heures) •

M. Bonin (Normand): J'aimerais vous répondre là-dessus que, pour nous, ce qui est important à ce moment-ci, c'est que le régime soit équitable et qu'il soit efficace. Je vous dirais que je ne me suis pas posé... on ne s'est pas questionné plus qu'il faut sur la façon que la loi devrait être rédigée et les chiffres qui devraient être utilisés. Nous, ce qui nous préoccupe principalement, c'est que le régime soit équitable, que tous les gens qui

ont besoin de médicaments puissent se les procurer et qu'ils se les procurent de façon efficace aussi. Mais je dois vous avouer que, pour ce que vous avez mentionné, on ne s'est pas vraiment penché sur la question, là.

Mme Boulet: M. Larouche, là, au niveau des chiffres, là, je ne sais pas, là.

M. Larouche (Daniel): La position de l'AQPP, je pense, on en a parlé dans le mémoire, nous, ça fait au moins deux ans, là, qu'on parle d'une espèce de vérité actuarielle qu'il devrait y avoir derrière les chiffres et que le calcul devrait au moins être refait sur une base annuelle pour fixer les primes, quitte à ce que le gouvernement, dans un autre ordre de politique, qui soit une politique de redistribution, décide d'acquitter la totalité ou une partie des primes pour certaines personnes qu'il choisira. Et, oui, je pense que ça aiderait le débat et ça aiderait la transparence que d'avoir cette contrainte-là dans le calcul des primes. Cela dit, comme disait le président, les dispositions actuelles n'ont pas généré d'angoisse chez nous, là, en termes de contrôle ou quoi que ce soit. Étrangement, j'ai présumé que ça correspondrait à une certaine réalité des coûts.

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

Mme Boulet: J'aimerais ça que vous nous parliez quelques minutes, là, sur le Conseil du médicament. Parce que vous dites dans votre mémoire: L'AQPP s'étonne cependant de la représentation relativement faible des pharmaciens sur ce Conseil, et je pense que vous avez une préoccupation particulière, là, parce qu'il va y avoir plus d'économistes que de pharmaciens, alors que le pharmacien est vraiment le professionnel de la santé, est vraiment la personne qui est peut-être le plus à même de savoir les bénéfices réels d'un médicament, d'un nouveau médicament qui arriverait sur le marché. J'aimerais ça que vous nous en discutiez un petit peu, là, du Conseil, de la formation du Conseil du médicament tel que préconisé dans le projet de loi actuel.

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

M. Cadieux (Normand): O.K. Bien, écoutez, oui, on pense qu'il devrait y avoir une plus grande présence des pharmaciens au niveau du Conseil parce que les pharmaciens ont une formation, sont les spécialistes du domaine, et je pense qu'ils sont en mesure de participer et de contribuer aux travaux d'une pareille commission. Et on pense que... on arrive mal à comprendre qu'il y ait une sous-représentation comme celle-là des pharmaciens sur un tel comité, alors que c'est leur formation, c'est leur expertise et que c'est une expertise qui leur est reconnue.

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

Mme Boulet: Au niveau, là, de l'article de la loi, 42, là, au niveau de l'intention thérapeutique, en tout

cas, on a bien compris que votre préoccupation première, c'est qu'il y a le... que le pharmacien, qui est comme professionnel, qui est obligé — alors ce n'est pas le médecin, mais seulement que le pharmacien — et c'est l'obligation qui est peut-être dérangeante, là, à l'heure actuelle. Moi, je me demande si... dans la pratique actuelle, là, pour un pharmacien, là, est-ce que vous pensez qu'on est armé, est-ce qu'on a les bons outils pour être capable de faire cette intervention-là, et est-ce qu'il ne manque pas une espèce de couloir d'information entre le médecin puis le pharmacien au niveau des données diagnostiques, des résultats d'examen? Est-ce qu'il ne nous manque pas une espèce de... est-ce qu'il n'y a pas un vide entre le pharmacien puis le médecin, qui va faire que de donner une intention thérapeutique va devenir peut-être, même va peut-être mettre en jeu une certaine partie de la responsabilité professionnelle du pharmacien par le fait qu'il y a quelque chose qui nous manque, là? Il nous manque de l'information sur un dossier patient à l'heure actuelle, qui nous ne permet pas de donner une intention thérapeutique, là, très précise. En tout cas, dans bien des cas, ça restera à voir, là. Enfin, ce n'est pas toujours quelque chose d'évident, là, pour un pharmacien.

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

M. Cadieux (Normand): Oui. Je vous dirai que, oui, la question de la responsabilité est une préoccupation. D'ailleurs, on l'a abordée nous-mêmes dans les discussions qu'on a eues encore dans le cadre de la carte Accès santé, là. Le partage de l'information soulève des questions de responsabilité. On n'a pas de réponse à ça, mais on a indiqué que ces questions-là devraient être analysées. Et c'est certainement une préoccupation.

D'autre part, il est évident que les mécanismes ne sont pas nécessairement en place, là, pour que cette information-là circule du médecin au pharmacien. Il y aura des modalités à établir, M. Larouche y a fait référence. On avait déjà abordé la discussion avec le gouvernement, et ces discussions-là n'ont pas trouvé suite. Mais, oui, il y a des modalités à mettre en place pour permettre cet échange-là. Il n'est pas évident que, si on crée l'obligation au pharmacien de transmettre l'intention thérapeutique ou, dans des cas où il y aurait un diagnostic confirmé, de transmettre un diagnostic confirmé au Conseil du médicament, il n'est pas évident que dans tous les cas le pharmacien va l'avoir lui-même, cette information-là. Alors, il devra trouver le moyen de l'obtenir avant de pouvoir la transmettre. On lui crée une obligation de transmettre une information qu'au départ il n'a pas nécessairement, O.K.? Et, donc, il faudra créer les mécanismes pour qu'il l'obtienne, d'une part, et de définir les modalités quant à la façon dont il l'obtient et dont il transmet et la façon dont il va la chercher si elle ne lui est pas transmise ou si elle n'est pas donnée par le médecin. Alors, il y a toutes ces discussions-là à avoir avant, je pense, de pouvoir procéder avec celle-là, et ça, c'est une des raisons aussi pour lesquelles on a un problème avec l'obligation qui est créée aux pharmaciens dans cette loi-là.

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

Mme Boulet: C'est ça. Et c'est que c'est une obligation, mais qui n'est pas très réelle, tu sais, très au quotidien du travail de pharmacien à l'heure actuelle, là, il y a une espèce de vide. Et on n'a pas besoin d'un projet de loi pour procéder à tous ces changements-là. Je pense que les pharmaciens, s'ils avaient tous les outils nécessaires, je pense que, d'élargir leur rôle dans le domaine du médicament, ce serait tout à fait approprié.

J'aimerais juste vous rapporter... Ici, j'ai — parce que vous n'étiez pas arrivés, je pense — j'ai le rapport de la commission parlementaire qu'il y avait eue sur le régime général d'assurance médicaments à l'époque où Mme Marois était ministre de la Santé, ça relève du 29 mars 2000. Et, comme je le disais auparavant, on pourrait reprendre exactement le texte, je pense qu'il s'appliquerait en totalité encore aujourd'hui, ce qui fait qu'on est toujours rendu au même point deux ans et demi plus tard. Entre autres, elle nous disait, Mme Marois: «Il faut aussi dire que l'ensemble de la réflexion qui se termine dans le cadre de cette consultation nous sera extrêmement utile dans l'élaboration d'une politique du médicament.»

Alors, je sais que vous préconisez une politique du médicament. Je pense que ça aurait été bien qu'on reviole le régime général d'assurance médicaments, qu'on reparte à la base et qu'on établisse une politique réelle du médicament. J'aimerais vous entendre là-dessus. Est-ce que ça aurait été quelque chose de bien, est-ce que c'est quelque chose qu'on devrait faire? Et, si on le fait, quelle orientation pourrait-on prendre avec une telle politique, et comment ça pourrait sauver de l'argent pour le gouvernement au niveau économique? Est-ce que la politique du médicament pourrait être un atout au niveau économique pour le régime général d'assurance médicaments selon l'AQPP?

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

M. Cadieux (Normand): Oui, on pense qu'une politique du médicament serait un outil efficace pour mieux gérer le médicament et obtenir un meilleur rendement coût-efficacité du dollar investi en médicaments. Nous, on pense que le projet de loi tel qu'il est présenté là, principalement en ce qui concerne le Conseil du médicament, est un pas dans la bonne direction. Je pense qu'il y a des éléments qui sont inclus dans le mandat qui est confié au Conseil du médicament, qui vont chercher certains des éléments que devrait inclure une politique du médicament. Par contre, il manque certains éléments aussi, et je pense que, pour avoir une vraie politique du médicament, il faut arrêter de penser puis de gérer en silo. Il faut être capable de prendre le médicament, l'intégrer à l'ensemble des soins de santé. Je pense que cette composante-là, on n'y touche pas beaucoup ici, mais, si on voulait avancer vers une politique du médicament, je pense qu'il faudrait s'attaquer aussi à ces questions-là.

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

Mme Boulet: Oui. En tant que pharmacien, M. Cadieux, êtes-vous capable... ou M. Bonin, là, ou... les pharmaciens, là, est-ce que vous pensez que... Il y a les médicaments de première génération, de deuxième génération, de troisième génération dans une indication thérapeutique particulière. Est-ce que le pharmacien pourrait avoir un rôle plus concret, être beaucoup plus présent, et de dire, au niveau économique, si la première génération convient encore à tel type de patients parce qu'il n'y a pas trop d'effets secondaires, parce que son hypertension, parce que son problème de diabète est contrôlé? Est-ce que vous pensez que le pharmacien pourrait éventuellement avoir un rôle significatif à jouer dans le choix du médicament ou de la classe thérapeutique d'un traitement?

M. Bonin (Normand): Définitivement, nous sommes convaincus que l'ensemble des pharmaciens ont les outils et les compétences nécessaires pour pouvoir travailler à travers d'un régime ou d'une affaire semblable. Là, vous faites allusion à la substitution thérapeutique. On sort, la semaine dernière, des états généraux de l'Ordre des pharmaciens, et un des sujets importants, c'était la substitution thérapeutique, la possibilité de substitution thérapeutique. Il est bien clair qu'à ce moment-ci la formation fait en sorte qu'on serait peut-être obligé de limiter à certaines classes de médicaments, mais c'est clair qu'on a les outils et la compétence pour l'instant dans certaines classes de médicaments pour être capable de jouer un rôle beaucoup plus efficace et d'amener des économies substantielles au gouvernement ou au régime. C'est bien clair. On a tous les moyens en place.

● (17 h 10) ●

Mme Boulet: Alors, selon vous, c'est une belle avenue à envisager, là, au niveau économique.

M. Bonin (Normand): Ce n'est pas seulement qu'une avenue à encourager, c'est l'avenue qu'on devrait suivre, d'après moi.

Mme Boulet: O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste une minute, Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: J'aimerais juste ça... Tantôt, le groupe avant vous, je ne sais pas si vous les avez entendus quand ils ont semblé dire que les pharmaciens ne collaboraient pas dans l'explication du régime. J'aimerais juste ça peut-être dire ce qu'il en est. Les pharmaciens, ça leur demande un temps fou. Il y a une pénurie actuelle de pharmaciens, et c'est un problème important, je pense. Au niveau administratif, vous dites que, vous le dites à la fin de votre mémoire, que ça demande un engagement administratif considérable pour les pharmaciens. J'aimerais ça vous entendre un tout petit peu là-dessus, parce que je pense qu'il n'y a pas de mauvaise volonté, il n'y a pas de...

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

M. Bonin (Normand): Non, mais, les pharmaciens, on a tous à la mémoire et on le vit encore tout

ce qui s'est passé en 1997 avec l'introduction de la franchise, coassurance. Les gens ne comprenaient pas bien. Ça fait déjà presque cinq ans que le régime est en place, et on est encore obligé de l'expliquer parce que la complexité fait en sorte qu'un mois tu viens chercher un médicament, il coûte deux piastres et quart puis, l'autre mois, tu viens puis il coûte 2,45 \$, tout simplement tout dépendant du moment où tu as à répéter d'autres prescriptions. Alors, constamment on est obligé de l'expliquer. Alors, on anticipe avec une crainte effrayante l'arrivée de changements au niveau de la prime, au niveau de la coassurance et de la franchise. Vous vous imaginez la complexité, encore. C'est pourquoi, nous, on favorisait un mode de calcul beaucoup plus simple.

Les pharmaciens, on n'a plus le temps. C'est dommage. Je le dis dans le mémoire, je ne suis pas un agent d'assurances, on n'est pas des agents d'assurances. Mon rôle, ce n'est pas d'expliquer comment un régime d'assurance fonctionne. Mon rôle, c'est d'aider les patients à bien prendre leur médication. Mais le temps que j'ai à passer avec eux, pour l'instant, c'est le tiers, des fois, la moitié du temps qui est à expliquer la facture. On n'a plus le temps de faire ça. Et les patients méritent mieux que ça, d'ailleurs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, MM. Bonin, Cadieux et Larouche, merci d'avoir accepté. Oui.

M. Désilets: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ah bien... Oui, je vais... Étant donné... Oui. Oui. C'est parce que je pensais que c'était pour l'autre groupe, mais je vais vous laisser, avec le consentement des membres, je vais vous laisser poser votre question.

M. Désilets: O.K. Merci, Mme la Présidente. C'est un peu dans le suivi de la dernière question, et je reviens un peu dans le sens... à la revue d'utilisation de médicaments. Parce que, dans ma tête, vous avez un rôle important à jouer, vous avez une expertise au niveau de la prescription, au niveau des médicaments. Je voudrais juste savoir: Chez vous, combien de prescriptions sont inappropriées? Combien de prescriptions qui arrivent chez vous, puis, d'après votre connaissance, c'est des prescriptions inappropriées?

M. Bonin (Normand): Je vous dirais que je n'ai pas d'étude, je n'ai pas de... Si je regarde ma pratique, je vous dirais que... Je n'en remplis pas, en tout cas, c'est certain. Est-ce qu'il en existe? Oui, mais je n'ai pas d'étude à savoir ce que ça peut représenter.

M. Cadieux (Normand): Peut-être, aussi, ce n'est pas toujours facile de juger si une prescription, une ordonnance est appropriée ou pas appropriée avec l'information que le pharmacien a. Tout à l'heure, on disait que, bon, le pharmacien n'a pas de diagnostic, n'a pas l'intention thérapeutique, il n'a pas les résultats de laboratoire dans certains cas où ça pourrait lui être utile, alors c'est bien évident que, pour lui, ce n'est pas facile de juger quand une ordonnance est appropriée ou ne

l'est pas toujours, O.K.? Il y a d'autres cas où c'est possible. Et on n'a pas d'étude particulière qui nous permette de répondre plus précisément que ça à votre question. Mais c'est difficile à établir.

M. Désilets: Puis il y a sûrement des prescriptions qui vous disent ça: D'après vous autres, ça n'a pas de bon sens, donner ça.

M. Cadieux (Normand): Ça, ça arrive. Et, dans ce cas-là, le pharmacien, ce qu'il va faire habituellement, c'est qu'il va recommuniquer avec le médecin et il va en discuter.

M. Désilets: Est-ce que ça arrive plus souvent qu'avant, puis à quel rythme, à quel pourcentage que ça vous demande de temps?

M. Bonin (Normand): Je ne pense pas que ça arrive plus souvent qu'avant, non.

M. Désilets: Non? O.K.

M. Bonin (Normand): Non.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, sur ce, je vous remercie à nouveau et je demanderais aux représentantes de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec de bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Skene, Mme Jennie Skene, présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, je vous souhaite la bienvenue, de même que Mme Lucie Mercier, qui est conseillère au secteur santé.

Alors, je vous laisse la parole, je vous cède la parole. Vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire, Mme Skene.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)

Mme Skene (Jennie): Alors, merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous tous. Je vous ferai grâce de la lecture du document. Je vous dirais même qu'au moment où je vous parle je n'ai pas eu la version finale du document entre les mains. J'étais au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Je suis arrivée il y a 15 minutes de peur, avec quelques excès dans le parc entre les zones de travaux, je l'avoue, alors, pour être présente.

Je pense que, dans un premier temps, vous savez que les infirmières sont extrêmement préoccupées par l'état du réseau de la santé. L'assurance médicaments, c'est une des composantes, selon nous, qui est essentielle au maintien et à l'atteinte d'une santé optimale, et, dans ce cadre-là bien sûr, depuis plusieurs années, les discussions qui ont entouré la création du régime actuel, les modifications qui sont intervenues en cours de route nous ont toujours interpellés, et c'est pourquoi nous avons accepté de vous présenter et de vous déposer un mémoire.

Bien sûr que je pense que le mémoire actuel reprend en partie des éléments qu'on a déjà abordés au moment où on s'est présenté à différentes reprises. Il y a trois grands points qui nous apparaissent importants de resituer, c'est la place du médicament dans la santé, c'est aussi la place de l'industrie pharmaceutique dans notre réseau et, plus spécifiquement, les modifications qui sont annoncées par le projet de loi n° 98.

Pour faire une histoire courte, je pense que les dernières années ont vu, au Québec et un peu partout dans le monde, avec l'arrivée de nouveaux modes de traitement, avec le virage ambulatoire, avec des durées de séjour raccourcies dans les établissements de santé... les gens se retrouvent plus rapidement chez eux. L'industrie du médicament a développé de nouvelles possibilités qui font en sorte que ça nous permet aussi de diminuer les temps d'hospitalisation. Mais cette arrivée du virage ambulatoire et de la diminution de la durée de séjour a fait en sorte qu'il y a une très grande partie de la convalescence, ou, en tout cas, de l'après très rapproché d'une hospitalisation, qui a reporté sur les personnes le coût des médicaments qui leur sont requis, alors que, qu'on se reporte seulement à cinq ans en arrière, une grande partie de ces médicaments-là était assumée en milieu hospitalier. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à la création de l'assurance médicaments dans la forme qu'on connaît actuellement pour faire en sorte de tenir compte des besoins de la population qui se retrouvait en situation extrêmement désavantageuse et qui, trop souvent, malheureusement, abandonnait son traitement médicamenteux qui pouvait permettre de retarder une nouvelle hospitalisation ou de l'éviter complètement. Donc, l'instauration d'un régime d'assurance médicaments au Québec a toujours eu notre assentiment.

● (17 h 20) ●

C'est clair que, depuis l'existence du régime, dès son instauration, nous avons toujours remis en question le fait que ce régime soit un régime mixte, où un certain nombre de personnes sont assurées via des compagnies d'assurances et un certain nombre de personnes, les plus défavorisées au Québec, en grande partie des personnes qui sont assistées sociales, des personnes qui sont des travailleurs au salaire minimum dans des petites entreprises, qui ne peuvent pas avoir ou qui n'ont pas d'assurance médicaments ou d'assurance groupe, des personnes âgées — et on sait que la majorité de nos personnes âgées ne vivent pas dans la richesse — donc un très grand nombre de personnes qui, de par la nature même et de par leur milieu social et leur milieu de vie, sont nettement désavantagées au niveau de la santé. Et, depuis l'instauration du régime, on a toujours, nous, cru que c'est par le biais d'un régime universel intégré au régime d'assurance maladie du Québec qu'on pourrait le mieux couvrir l'ensemble de la population. Et j'y reviendrai à certains moments dans le cours de ma présentation.

Il nous apparaissait, nous, qu'il y avait un consensus suffisamment large au Québec pour qu'on arrive à l'établissement d'un tel régime universel. En 2000, déjà, quand Mme Marois avait confié un mandat au groupe de M. Montmarquette, elle questionnait la faisabilité et la pertinence d'établir un tel régime. Il nous apparaît que ça a été évacué très rapidement par... dans

les travaux du comité en question et qu'il n'y a rien comme éléments qui puisse aujourd'hui nous faire croire qu'il ne serait pas possible d'établir un tel régime pour le mieux-être de la population du Québec.

Quand on parle de médicament, on parle aussi d'une industrie qui le rend accessible et le rend possible. Je pense qu'on reconnaît tous les bien-fondés des médications qui ont été développées à travers les décennies et les années. On se rend compte, par ailleurs, que le médicament, s'il est devenu une thérapie obligée dans un système de santé qui se respecte, parce qu'il remplace souvent des chirurgies, parce qu'il peut prévenir des pathologies, parce qu'il nous permet d'éviter des hospitalisations, de réduire des durées de séjour, par son essentialité même, le médicament place l'industrie pharmaceutique dans une situation privilégiée. Et on se rend bien compte aujourd'hui qu'à travers le monde c'est une des industries qui est la plus rentable sinon la plus rentable.

Cette rentabilité est même déconcertante. On sait qu'ils ont un meilleur rendement que les banques, qui, on s'en rappelle, ne sont pas parmi les plus pauvres quand on voit, année après année, leur bilan financier. Un des problèmes, bien sûr, c'est qu'au niveau du médicament la concurrence s'amenuise d'année en année par les fusions qui la touchent de façon régulière. Ce qui nous a frappé, nous, puis une des dernières études de la Chaire d'études socioéconomiques le mettait en évidence, mais ça fait déjà longtemps qu'on avait remarqué, quand on peut consulter certains documents, que le marketing et l'administration dans les industries pharmaceutiques occupent un poste budgétaire plus important que la recherche et le développement et qu'au Québec, avec les choix politiques que nous avons faits, de soutenir une industrie... et je ne vous dis pas qu'on est en total désaccord avec tout soutien à l'industrie, mais à une industrie qui est la plus rentable dans le monde, ça devient gênant quand on demande à des personnes en situation de salaire minimum, petits travailleurs, de payer ce qu'aujourd'hui on leur demande de payer.

Ce qu'on sait aussi, c'est que notre gouvernement, au Québec, favorise largement l'industrie pharmaceutique au détriment de la population elle-même. Et, moyens pour moyens, c'est très clair que quelqu'un qui gagne... qui gagnera bientôt, avec le nouveau salaire minimum, 7 \$ de l'heure ou 7,10 \$ de l'heure, donc autour de 280 \$ par semaine, qui devra payer ce qu'il doit payer déjà actuellement et qu'on trouve abusif et qui verra ces montants-là augmenter, nous sommes profondément convaincus que non seulement on n'améliorera pas l'état de santé des personnes, mais qu'on va accroître le nombre de personnes qui vont abandonner leur thérapie médicamenteuse faute de moyens.

Quant au projet de loi lui-même, ce qu'on peut noter, c'est qu'on se rend compte que le rapport Montmarquette a été retenu dans la très grande majorité des points qu'il soulevait quant au maintien d'un régime mixte, quant au financement, dit-on, plus transparent et équitable.

Et j'entendais, tout à l'heure, les pharmaciens indépendants. Je pense qu'ils sont les meilleures personnes, comme plusieurs questions ont été posées, pour

évaluer les médicaments puis pour nous dire si ça vaut le coup d'avoir un nouveau ou de continuer d'utiliser un ancien. Je pense qu'on doit les utiliser plus largement.

Mais, quand j'entends le mot «équité», j'ai toujours de la difficulté à l'accepter quand je demande à quelqu'un qui est au salaire minimum de verser ce que, moi, je paie dans mon assurance groupe. Et j'ai fait le calcul la semaine dernière, parce que je me suis dit: La semaine prochaine, je vais être en commission parlementaire, on a tout le monde eu des hausses dans tous les régimes privés d'assurance, on a eu des hausses suite aux hausses de médicaments, et, pour la portion médicament, je me rendais compte que, moi, à mon niveau de salaire, et n'importe quelle infirmière du réseau de la santé ou infirmier auront une prime à payer, pour cette portion-là de médicaments, incluant les professionnels de la santé autres — entre guillemets, je dis tous les titres de «peute» ou de «logue» — 412 \$ pour un régime individuel.

Et, quand on regarde la prime pour quelqu'un qui est au salaire minimum, qui va se situer à quelque chose comme 422 \$, sans parler de la franchise, sans parler de la coassurance, je vous dis que, moi, je trouve ça gênant qu'on ne soit pas capable, comme société, de faire en sorte que les plus défavorisés, des gens qui fournissent un effort de travail dans la mesure de leur capacité, des personnes qui ont travaillé pendant des années, qui se retrouvent, comme retraités, avec de très petits revenus, sans avoir droit au supplément de revenu garanti, soient obligés de payer de telles primes. Et c'est tout à fait compréhensible que ces personnes-là abandonnent régulièrement la prise de leurs médicaments parce qu'ils n'ont pas la capacité de poursuivre leur traitement. C'est d'autant plus grave quand vous avez une maladie chronique, que ce soit pulmonaire, que ce soit cardiaque, que ce soit un diabète, qui risque de vous conduire à des hospitalisations ou à des réhospitalisations si vous ne le prenez pas, ce médicament-là. Donc, les décisions qu'on prend de faire assumer une grande partie des déficits, d'augmenter la prime, d'augmenter la franchise, d'augmenter la coassurance auront des répercussions sur la santé des personnes.

On maintient des décisions qui sont nettement favorables à l'industrie pharmaceutique en éliminant la politique du prix le plus bas, ou celle du prix de référence comme ça s'applique dans certaines provinces canadiennes. Ce que ça a comme conséquence, c'est que, bien sûr, l'industrie pharmaceutique se retrouve favorisée et ceux qui en ont le plus besoin sont défavorisés. On dit qu'au total c'est 111 millions de dollars que paieront les assurés en plus de ce qu'ils payaient, des gens qui n'ont pas la capacité, dans un très grand nombre de cas, de le faire.

La création d'un conseil du médicament, bien que ce ne soit pas une idée nouvelle, sur le fond, on pense que, oui, ça peut être utile. Ça peut permettre, par le regroupement de centres de décisions de différentes natures, de mieux évaluer les médicaments qu'on inscrira à la liste. Là où nous avons de nombreuses questions, et pour ne pas dire une objection, c'est quand les personnes qu'on mettra sur ce comité-là ou les personnes qu'on mettra sur la table de concertation pour l'utilisation optimale des médicaments, on pourra retrouver des gens de l'industrie pharmaceutique ou de

l'industrie de l'assurance. De notre côté, on croit que ce serait plus utile qu'il y ait plus de pharmaciens que des gens de l'industrie pharmaceutique, qui seraient jugés et parties, qui sont ceux qui nous font croire que leurs médicaments sont tous des innovations majeures, alors que tel n'est pas le cas. Pour nous, une nomination comme celle-là ou l'intégration de certains représentants de l'industrie pharmaceutique, c'est de donner une porte d'entrée encore plus large, un accès privilégié aux officines gouvernementales, alors que le lobby des industries pharmaceutiques est déjà extrêmement important.

● (17 h 30) ●

L'information qu'ils véhiculent, bien sûr, c'est une information, d'abord et avant tout, de marketing pour rentabiliser les médicaments nouveaux ou soi-disant nouveaux — parce que vous savez comme moi que, souvent, il y a une ou deux molécules qui ont été changées. Les pharmaciens sont à même de nous le dire, que d'anciens médicaments sont extrêmement efficaces, et ils coûtent une fraction du prix des nouveaux. Et, quand on sait aussi que l'industrie pharmaceutique, quand ils se sont présentés, devant M. Romanow, au fédéral, réclame de pouvoir faire de la publicité directement auprès de personnes, des personnes qui, comme vous et moi, quand nous sommes malades, bien que je sois infirmière, on se retrouve démunie et on est très vulnérable à croire à peu près tout ce qu'on nous dit si le régime qu'on nous propose, si le type de médicament qu'on nous propose soi-disant va nous permettre une guérison rapide, alors qu'on n'a pas les connaissances et qu'on fait pression sur notre médecin pour obtenir ce nouveau médicament là. Je pense qu'il faut être conscient qu'il y a un objectif derrière ça, c'est la vente du médicament, et l'industrie est extrêmement rentable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vais devoir vous demander de conclure, Mme Skene, s'il vous plaît.

Mme Skene (Jennie): Certainement. Ce que je veux ajouter, c'est qu'actuellement, à la vitesse où s'accroissent les coûts du régime mixte, alors qu'on a toujours voulu éviter du côté gouvernemental, nous dit-on, un régime catastrophe, on s'y dirige allègrement, d'ici quelques années, à la hauteur de l'inflation galopante des médicaments, et nous sommes, nous, extrêmement inquiètes de ce qu'il adviendra d'une partie de la population extrêmement importante si ce régime catastrophe se concrétisait.

Alors, je vous répète, nous sommes toujours d'accord et nous prônons un régime public et universel d'assurance médicaments. Nous croyons qu'il faut une politique claire du médicament au Québec. Nous croyons que le Québec devrait réviser sa politique industrielle à l'égard de l'industrie pharmaceutique et qu'il faut chercher des moyens pour maîtriser l'augmentation du coût des médicaments. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup, Mme Skene. M. le ministre.

M. Legault (Rousseau): Oui, Merci beaucoup, Mme Skene, Mme Mercier, pour votre présentation. Je

pense qu'on va tous être d'accord pour dire que ce qu'on doit viser, c'est d'épargner au maximum les personnes qui ont des revenus plus faibles. Bon. Je pense qu'on fait des efforts: on ne demande aucune prime pour les enfants, les prestataires qui reçoivent de l'assistance emploi, pour... les personnes âgées qui reçoivent le maximum de soutien revenu... soutien de revenu garanti, pardon, ne paient pas de prime non plus. Et, pour les autres personnes, les primes sont en fonction des revenus.

Quand vous disiez tantôt que quelqu'un sur le salaire minimum paie le 422 \$, là, juste vous rappeler qu'étant donné que c'est selon le revenu...

Une voix: ...

M. Legault (Rousseau): Non, non, mais sans le rapport d'impôts, là, si on fait un calcul rapide, là, à 7,30 \$ de l'heure, ça donne 292 \$ par semaine, 15 184 par année. Donc, à ce niveau de salaire là, il paierait une prime annuelle de 163, pas de 422, là, de 163. Donc, on a un régime qui, quand même, tient compte du revenu. Mais on va tous convenir que, si on était capable d'en faire plus, il faudrait en faire plus pour aider les personnes qui en ont besoin.

Là, où je voudrais vous poser ma première question, c'est concernant votre proposition de régime universel public. Bon. Quand je dis qu'on aimerait en faire plus, on aimerait en faire plus si on avait plus d'argent à investir là-dedans. Là, on investit comme État 1 352 000 000 cette année, là. C'est quand même, vous allez convenir, beaucoup d'argent.

En quoi... Et c'est là, vous avez dit, comme d'autres groupes avant, bon: M. Montmarquette a rejeté rapidement la proposition d'un régime universel public. Bon. Ce que j'ai compris, en lisant le rapport Montmarquette, c'est que M. Montmarquette s'est dit: Si on va exclure la contribution de l'employeur au 4,2 millions de personnes qui sont couvertes sur les régimes privés, ça ne va pas nous aider, là, on va comme presque empirer notre problème parce qu'on va peut-être perdre en quelque part directement ou indirectement la part de l'employeur, et ça n'éliminera sûrement pas l'obligation à chaque année d'augmenter les primes pour l'ensemble des Québécois.

Moi, je voulais savoir, là, dans votre conception, là, en quoi un régime universel public qui vient inclure des personnes qui... Je pense que, si on prend les infirmières ou les autres employés qui ont un régime privé de garanti, sur l'assurance médicaments, qui est payé par l'employeur, il n'y a pas de problème avec ces personnes-là. En quoi de ramener ces personnes-là dans un régime universel public, ça va nous aider à régler notre défi, là, qui — on va tous convenir — est d'essayer de faire payer le moins possible les personnes, surtout celles qui ont des faibles revenus, dans le régime public tel qu'on le connaît actuellement?

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

Mme Skene (Jennie): Écoutez, je ne suis pas une spécialiste des assurances, mais ce que j'ai appris, à travers ma vie syndicale, à travers chaque renouvellement de

contrats d'assurance qui s'applique aux infirmières que nous représentons, quand j'étais infirmière dans mon milieu ou aujourd'hui... D'abord, je veux tout de suite remettre en cause l'affirmation de M. Montmarquette. La part de l'employeur, savez-vous quelle elle est pour les 400... en tout cas, moi, je connais bien le réseau de la santé, pour le réseau de la santé? Il y a un bon nombre de travailleurs dans le réseau de la santé. Combien notre employeur, le gouvernement, contribue-t-il à notre assurance groupe, toute l'assurance groupe, les médicaments, les «peutes», les «logues», la chambre semi-privée, etc.? Combien croyez-vous que vous contribuez?

M. Legault (Rousseau): Je n'ai pas le chiffre avec moi, là.

Mme Skene (Jennie): 1 \$ par 14 jours pour un régime individuel. Moi, Jennie Skene, infirmière à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, mon employeur contribue... C'était 0,86 \$ puis là, c'est 1 \$, 1 \$ par 14 jours, 1 \$ par 14 jours. Il s'agit de vérifier dans nos conventions collectives. Ça va jusqu'à deux dollars et quelques sous pour un régime familial. Donc, quand M. Montmarquette nous dit ça, qu'il y a des millions de travailleurs dont l'employeur contribue largement, bien, moi, je pense que, dans le secteur public et parapublic, on assume, et c'est parce qu'on assume la quasi-totalité des primes que nous avons réussi, à la dernière négociation, à faire comprendre à notre vis-à-vis patronal qu'il n'y avait plus lieu d'avoir un comité paritaire patronal-syndical, puisqu'il ne payait rien, hein? L'utilisateur-payeur, c'est nous, et on paie à 99,9 % le coût de notre régime.

Alors, quand on parle de mettre sur pied un régime universel, moi, je ne vous dis pas que Jennie Skene, infirmière, ne paiera plus rien, mais elle va le payer via ses impôts. Et pour nous, l'impôt, c'est quelque chose qui tient réellement compte de la capacité des personnes. Et le gouvernement, en établissant l'assurance médicaments, qui — on vous dit et vous le partagez — était nécessaire, il a pris le risque le plus grand, c'est-à-dire la tranche de la population la plus défavorisée. Parce que, même si vous êtes une personne âgée avec le supplément de revenu garanti, si vous en êtes là, c'est que vous n'aviez pas beaucoup de revenus avant, on s'entend. Et la tranche de population la plus défavorisée — c'est vrai au Québec comme partout dans le monde — c'est celle qui est la plus malade, c'est celle qui a l'espérance de vie la plus courte, c'est celle qui va utiliser les services de santé, toutes proportions gardées, bien sûr qu'il y a des hérédités familiales, et autres, mais, quand on le regarde strictement, des gens avec une même hérédité, mais d'un niveau de vie et d'un milieu différents, vous avez pris le risque le plus grand: des personnes qui sont, au plan monétaire, désavantagées par rapport à l'ensemble de la société de classe moyenne.

Et, dans ce cadre-là, si on faisait une étude réaliste, bien, le coût, peut-être que, pour ces personnes-là, il serait moindre. Peut-être que, moi, je paierais 10 \$ de plus. Mais, de la même manière qu'on vous a déjà dit, avant de baisser les impôts, regardons où est-ce qu'on a besoin de cet argent-là pour que notre éducation

fonctionne bien, pour que notre réseau de la santé fonctionne bien. Je vous dis la même chose aujourd'hui. Je pense que, quand on veut une société plus équitable, on doit le faire d'une manière cohérente, et de laisser une partie assurée par des assureurs privés, qui font un bon travail, mais dont les frais d'administration sont supérieurs à ceux de la RAMQ pour tous les régimes qui sont assurés par la RAMQ... Le secteur public, on nous dit souvent que ça coûte plus cher, mais, dans certains cas, et dans beaucoup de cas, ça coûte moins cher que le secteur privé.

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

M. Legault (Rousseau): Donc, si je comprends bien, vous demanderiez, par solidarité ou équité sociale, une contribution un peu plus grande aux employés qui sont actuellement sur des régimes privés, qui deviendraient dans le régime public, pour être capable d'épargner davantage les plus démunis, ceux qui sont actuellement sur le régime public. Est-ce que je vous suis bien?

Mme Skene (Jennie): Qu'est-ce que ça donnerait, je ne le sais pas, mais, moi, je pense que, si on le fait assumer par l'ensemble de la société québécoise, pour les plus démunis, le coût sera sûrement moindre. Et, si on la partage, cette différence-là, sur l'ensemble de tous les autres travailleurs, la différence, elle sera peut-être banale et minime. Il y a ça.

Mais le deuxième point, c'est que le gouvernement devra aussi s'attarder au contrôle du coût des médicaments. Ça passe autant par l'introduction de nouveaux médicaments que par les bénéfices qu'on donne à l'industrie pharmaceutique. On ne vous dit pas de ne rien donner, mais on pense que ça doit être regardé en fonction de la richesse de cette industrie-là, qui est nettement plus riche que notre gouvernement.

● (17 h 40) ●

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

M. Legault (Rousseau): Oui. Bon. Justement, vous parlez, là, du contrôle auprès des compagnies pharmaceutiques puis vous parlez aussi de la nécessité d'avoir une politique du médicament.

Si, demain matin, on avait à travailler — puis on s'est penché là-dessus — à une politique du médicament, ce serait quoi, les sujets qu'on couvrirait? Premier sujet, ce serait l'accessibilité équitable et raisonnable. Bon. Ce serait d'avoir des discussions, comme on vient d'avoir, comme, en tout cas, on a demandé à M. Marquette d'étudier, mais de savoir est-ce qu'on veut un régime qui est encore plus universel, plus accessible. Donc, ça, c'est le premier type de questions. Deuxième question, ça serait sur l'utilisation adéquate des médicaments. Là, là-dessus, vous aller convenir quand même... En tout cas, on a essayé de faire des efforts, avec la création du Conseil des médicaments, d'interpeller les compagnies pharmaceutiques, de se fixer des objectifs. Puis le troisième sujet qu'on traiterait probablement, c'est toutes les activités d'information, de formation auprès de la population, des professionnels,

ce qu'on essaie de faire dans le projet de loi. Donc, en toute modestie, là, ce qu'on essaie de se dire, c'est que, ce qu'on a essayé de mettre dans le projet de loi, c'est ce que... notre vision, à nous autres, là, de l'essentiel de ce qu'on retrouverait dans une politique du médicament.

Mais, vous, là, est-ce que vous en auriez, des idées d'autres mesures? Quand vous dites, là: Interpeller les compagnies pharmaceutiques davantage, mieux contrôler l'augmentation du coût des médicaments, là, est-ce qu'il y a des mesures qu'on a oubliées, là, des mesures concrètes, là, qui pourraient, demain matin, nous permettre de limiter la croissance du coût des médicaments?

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

Mme Skene (Jennie): Écoutez, en 2000, on avait déposé un mémoire dans lequel on y allait plus largement sur les possibilités de ce qu'on devrait inclure dans cette politique-là. Il y a une dizaine de points au moins. Bon. On parle du régime universel, la reconnaissance, puis l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins de santé, donc de considérer le médicament comme faisant partie du régime de santé au Québec.

Nous, on disait: Intervenir auprès du gouvernement fédéral pour une révision de la loi C-91; donner une autonomie complète au Conseil consultatif de la pharmacie — ou au Conseil du médicament, peu importe comment on l'appellera; élargir la revue d'utilisation des médicaments avec une option pour une pharmacovigilance; introduire à la liste des médicaments des produits qui constituent une amélioration substantielle — c'est là où les pharmaciens, je pense, ont un rôle essentiel à jouer; reconnaître une politique d'achat au plus bas prix; établir un prix de référence; nécessité que l'industrie pharmaceutique ne puisse déduire des frais de marketing à titre de dépenses en recherche et développement — quand on sait que le marketing prend plus de place que la recherche elle-même, je pense qu'on est tout à fait conscient que la recherche du profit, c'est peut-être encore plus important que la recherche médicamenteuse; un encadrement serré des pratiques de promotion et de marketing de l'industrie pharmaceutique — il faut voir, quand vous êtes dans le milieu hospitalier, il faut voir circuler les vendeurs de médicaments, qui ont des bons médicaments à proposer, ça, je le reconnais, mais il faut savoir comment ça se passe, quels sont les possibilités qui sont offertes aux médecins, que ce soit des congrès, que ce soient des soupers au Laurie Raphaël.

Quand on dit... On entend beaucoup parler au plan gouvernemental et à Québec et à Ottawa de lobbys, de lobbys puissants, de conflits d'intérêts. Je vous dirais que l'industrie pharmaceutique actuellement témoigne dans toutes ses actions de situations où elle place les professionnels de la santé en conflit d'intérêts. Et c'est tout à fait humain, quand quelqu'un vous explique son médicament, que vous êtes à un bon tournoi de golf, vous êtes en train de faire un 18 trous au Royal Québec, que vous allez finir ça autour de deux ou trois bonnes bouteilles de vin très cher, de dire: Bien, c'est vrai, ce médicament-là, il a l'air bon. Puis c'est humain, hein?

Mais, dans les faits, quand les pharmaciens les étudient puis qu'ils se rendent compte que, à part de coûter quadruple ou quintuplement le prix du médicament qu'il vient remplacer, il a tel effet secondaire de moins: on remarque chez les utilisateurs témoins un taux de nausées moindre de tant de pour cent, peut-être qu'on peut traiter autrement le problème de la nausée. Et donc, c'est tout ça que, nous, on pense qui doit être fait.

Je pense que, de plus en plus, dans les établissements de santé, on a donné un rôle important et intéressant aux pharmaciens de faire justement une révision de toutes les prescriptions qui étaient faites. Et, j'entendais la question qui était posée à nos pharmaciens qui nous précédaient, c'est clair qu'ils ne peuvent pas vous dire si la prescription est bonne ou pas bonne, hein? Pourquoi le médecin a prescrit tel antibiotique? Moi, je ne le sais pas, quelle pathologie la personne a. Mais, quand je suis une personne, je suis le médecin, j'ai une clientèle et que le pharmacien se rend compte qu'il y a une interférence entre deux médicaments que j'ai prescrits, et, moi, je ne connais pas tous les médicaments d'une manière aussi fine que le pharmacien, bien, je pense qu'il y a une utilisation du pharmacien. Peut-être qu'on manque des pharmaciens aujourd'hui, il faudra peut-être voir comment on peut palier à cette situation-là. Mais je pense qu'il y a un rôle du pharmacien qui doit être nettement renforcé, bonifié, tout ça pour le mieux-être de la population, quand on parle d'une révision du paiement à l'acte. Parce que, qu'on dise ce qu'on voudra, il y a une influence aussi sur l'accès aux médicaments et sur les coûts qui sont engendrés par l'utilisation des médicaments.

Alors, il y a tout un ensemble de mesures. On ne prétend pas qu'on a fait le tour, mais on pense que, si on s'y attarde et qu'on le regarde vraiment pour l'ensemble de la population du Québec, on peut améliorer l'état de santé des personnes. Et ces personnes-là, malheureusement, ce sont les plus démunies, qui abandonnent le plus souvent leur traitement médicamenteux à cause du coût, ne serait-ce que la petite portion qu'ils ont à payer quand vient le temps de renouveler une prescription. Et des personnes vont favoriser leur enfant qui fait une otite, vont payer l'antibiotique de l'enfant, mais ne paieront pas le médicament qui était requis pour eux qui font de l'hypertension, alors qu'on connaît les conséquences de l'hypertension au niveau des problèmes cardiaques, des problèmes cérébraux ou autres. Alors, je pense que c'est une politique d'ensemble qu'il faut mettre en place au Québec et d'une manière cohérente pour le bien-être de la population.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Skene. C'est le temps qui nous est alloué. Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Alors, bonjour, Mme Skene et Mme Mercier. Je vous remercie d'être présentes parmi nous cet après-midi. J'ai quelques questions, là. J'aimerais vous parler... dans le projet de loi on parle de formation, parce que vous savez que les médecins, bon, on les tient à jour, là, je sais que l'industrie participe beaucoup. Dans le projet de loi, ils disent à deux endroits: «Le ministre peut conclure avec les fabricants de médicaments reconnus au sens de la présente loi des

ententes ayant pour objet le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments», et, d'autre part, on dit également — ça, c'est par rapport à l'industrie, et, au point 57, on dit, par rapport au Conseil du médicament: «Formuler aux divers intervenants impliqués et aux professionnels de la santé, dans le respect de leurs responsabilités respectives, des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments.» Alors, d'une part, on se fie sur l'industrie pour de la formation aux médecins et, d'autre part, on se fie au Conseil des médicaments.

Et les ordres professionnels de médecins qui sont venus nous voir ici étaient un peu en désaccord avec ces deux points-là, relatant le fait que la formation devrait d'abord et avant tout passer par les ordres professionnels, par le Collège des médecins, par les associations d'hôpitaux, de médecins spécialistes. J'aimerais savoir ce que vous en pensez parce que vous représentez un bon nombre de professionnels de la santé. Et est-ce que vous n'avez pas certaines craintes que l'information ou la formation soit biaisée, ou qu'elle ne soit pas appropriée, ou qu'elle ne soit pas contrôlée de façon professionnelle si elle dépend de ces deux personnes, ces deux types d'organismes?

Mme Skene (Jennie): C'est très clair, je pense que, quand on veut donner une vraie formation à n'importe quel professionnel de la santé en ce qui regarde les médicaments, c'est à des professionnels de la santé, qui connaissent les médicaments, de nous faire part des développements et de nous faire part des moyens d'améliorer la santé. Quand vous êtes celui qui fournit telle catégorie... Parce que, si vous allez à une compagnie pharmaceutique qui, pour le cholestérol, prescrit tel médicament, vous allez chez sa concurrente qui prescrit tel médicament, je pense que ni l'une, ni l'autre, à moins que vous les mettiez les deux ensemble dans la même salle, ne va vous donner l'heure juste, et, encore, même s'ils sont ensemble, parce qu'ils vont voir l'intérêt de l'industrie en général de vendre des médicaments anticholestérol.

Et donc, c'est clair qu'il y a une incidence. Quand on parle du Conseil du médicament puis qu'on vous dit, nous: Ça n'a pas de bon sens, de mettre l'industrie pharmaceutique... qu'ils aient une place là, c'est parce qu'ils se retrouvent carrément en situation de conflit d'intérêts. Et, si on veut les faire contribuer, on pense, nous, que ce n'est pas en leur demandant 100 ou 200 millions de contribution pour un fonds particulier pour de la formation. Je pense que c'est, comme tout le monde, en payant des impôts, dont le gouvernement décidera de faire ce qu'il veut. Et, s'il souhaite l'investir dans de la formation aux professionnels de la santé ou ailleurs, il le fera, mais de ne pas se retrouver juge et partie dans des situations comme celles-là. Ce n'est pas confortable, mais c'est surtout dangereux pour la population.

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

● (17 h 50) ●

Mme Boulet: Vous dites, à la page 7, là... j'aimerais parler un petit peu, là... Parce que vous dites qu'on parle d'un oligopole, là, dans le secteur d'activité

de l'industrie pharmaceutique, vous dites: «De plus, elles ont développé des stratégies pour prolonger la durée des brevets avant que ces derniers n'expirent, tant et si bien que d'aucuns parlent maintenant de "brevets perpétuels".» J'aimerais ça que vous m'expliquiez, là, ce que vous voulez dire par brevet perpétuel.

Mme Skene (Jennie): Lucie a fait la recherche, alors je pense que c'est la meilleure personne qui puisse vous l'expliquer.

Mme Mercier (Lucie): Bien, en fait, ce qu'il arrive, c'est que, quand une compagnie demande des brevets pour un médicament... Parce qu'on parle bien de plusieurs brevets sur des médicaments, il y a des brevets sur les procédés, il y a des brevets sur l'utilisation. Si, disons, une compagnie demande un brevet pour l'utilisation d'un médicament en particulier contre le cholestérol, elle pourra, avant l'expiration du brevet ou au moment où il expire, demander de nouveaux brevets pour d'autres utilisations du même médicament, mais pour d'autres thérapies. Alors, il y a le même procédé qui va entrer en ligne de compte et, pour le même produit, il va y avoir des nouvelles utilisations puis le médicament va continuer d'être protégé par un brevet qui va avoir la même durée que le brevet d'origine, c'est-à-dire 20 ans.

M. Gauthrin: Mais pour une fonction différente.

Mme Skene (Jennie): Il peut avoir une fonction différente...

Mme Mercier (Lucie): Oui, mais c'est le médicament qui est protégé, ce n'est pas l'utilisation qui en est faite. Le brevet est sur le médicament et non pas sur l'utilisation. Alors, c'est le médicament qui sera protégé pour une durée de 20 années.

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

Mme Skene (Jennie): C'est assez surprenant, si vous regardez, on entend parfois dire: Ah, un médicament qu'on utilisait pour telle chose, on vient de se rendre compte qu'il est bon pour autre chose. Ça fait combien de temps que la compagnie pharmaceutique le sait? Puis, quand on regarde, c'est souvent après un certain nombre d'années d'utilisation qu'on se rend compte qu'il y a un effet secondaire bénéfique pour tel autre type de maladie, et là on redemande un deuxième brevet. Alors, le brevet de 20 ans plus 15 ans, bien, il va se ramasser qu'il va être à 20 ans plus 20 ans plus 15 ans. Alors, le même médicament ne pourra pas être utilisé, copié, donc à un coût beaucoup moindre, que le médicament auquel on a trouvé une nouvelle application.

Mme Boulet: Je ne le savais pas, Mme Skene, là. Ça, vous m'apprenez ça. Je savais qu'on pouvait modifier une molécule légèrement...

Mme Skene (Jennie): Ça, c'est une autre possibilité.

Mme Boulet: ...et puis la présenter en ayant des avantages thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement significatifs, et là, oui, elle était... Ça, c'en est une, chose qu'on doit dénoncer, selon moi. Mais qu'on pouvait repasser la même molécule avec une indication différente, ça, je n'étais pas au courant. Je vais vous avouer bien honnêtement que c'est la première fois que j'entends ça.

Mme Skene (Jennie): C'est vraiment des recherches, là, qu'on a... des documents auxquels on a eu accès.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Mercier.

M. Gauthrin: Est-ce que dans...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, un instant. On ne peut pas parler tous ensemble, là. Alors, Mme Mercier, je reviens avec vous. C'est Mme Mercier qui avait la parole.

Mme Mercier (Lucie): Bien, je voulais simplement ajouter que c'est des nouvelles stratégies que développe l'industrie pour protéger ses recherches pour une période qui s'allonge.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Verdun, vous voulez...

Mme Boulet: Je vais juste terminer...

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

Mme Boulet: ...ce point-là puis après je vais laisser mon collègue... L'autre chose que je voulais dire, c'est que, bon, on appelle ça des «me-too's», là, ou des jumeaux, là, souvent, le médicament, il est modifié légèrement puis on va dire: Bien, il y a un peu d'effet secondaire, donne pas de nausées, comme vous avez dit tantôt. Ce qui fait, là, c'est qu'à un moment donné, là, les gens, le public apprend que. Bon, quelqu'un prend quelque chose pour le cholestérol, puis là ils savent, son voisin a la nouvelle molécule, puis, ah, bien, ça, avec la nouvelle molécule, c'est parfait, il va bien. Et il y a comme une espèce de pression qui se fait au niveau du médecin parce que le patient réclame toujours la molécule la plus récente sur le marché. Et ça, moi, je pense que c'est là, le problème, là, c'est que, même si le patient n'en a pas besoin, il va toujours réclamer cette nouvelle molécule là, qui lui paraît plus avantageuse, qui lui paraît miraculeuse, et même si ce n'est pas vrai. Mais il y a une pression du patient parce qu'il y a une publicité qui se fait de bouche à oreille. Des fois, ce n'est pas nécessairement, là, à la télé, mais il y a une pression qui se fait sur le médecin de la part du patient parce que son entourage a une nouvelle molécule qui lui a été prescrite. Et ça, je suis certaine que c'est quelque chose que vous êtes parfaitement au courant.

Mme Skene (Jennie): Vous avez complètement raison, mais je pense que l'éducation de la population,

elle se fait aussi de façon plus large et je pense que là-dedans le gouvernement a un rôle. Et, si on crée un Conseil du médicament avec des rôles bien définis, dans lequel justement on permettra ou on donnera une importance à l'apprentissage des personnes... Vous savez, quand vous êtes médecin puis que vous faites harceler par quelqu'un qui a la grippe à qui vous dites: Pas d'antibiotiques c'est sept jours puis, avec des antibiotiques, c'est une semaine, vous allez être clair de votre grippe après ça... Mais les gens réclament quand même des antibiotiques, mais la majorité des médecins vont dire: Non, il n'en aura pas, et ils n'en prescrivent pas. Mais, si on cède à ça, bien, on embarque dans ce cercle vicieux là. Et qui dit au malade qu'il y a une nouvelle molécule merveilleuse, sinon le médecin?

Mme Boulet: C'est donc le médecin qui va finir par lui prescrire?

Mme Skene (Jennie): Oui.

Mme Boulet: C'est ça.

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

M. Gauthrin: Bien, je veux clarifier la question des brevets avec vous. Là, lorsqu'un brevet est émis, il protège une molécule, en quelque sorte, et il est résultat d'une recherche clinique en fonction d'une certaine thérapie et une pathologie qu'on soigne avec ça, et ça, ensuite, un brevet est émis. Alors, vous me dites: Lorsque arrive la période de 10 ans, là, à ce moment-là on peut avoir un générique qui est issu sur le marché et, pendant la période de 15 ans qui suit donc le 10 ans, vous avez la possibilité d'utiliser soit le générique, soit le médicament d'origine et être remboursé par le mécanisme de remboursement du gouvernement.

Là, ce que vous me dites, c'est: Si vous faites une autre recherche clinique, à ce moment-là, pour soigner avec la même molécule une autre thérapie, vous pouvez bien sûr obtenir un autre brevet. Mais ça ne mettra pas un terme à la première limitation que vous avez et la naissance de génériques pour la première pathologie que vous venez de soigner, à moins que je me trompe. Mais, ce pour quoi a été émis le premier brevet, au bout de 10 ans, il arrivera à terme, et on pourra utiliser à ce moment-là, pour la période de 15 ans, un générique, qui en général est copié dans les six mois qu'arrive le terme du brevet. Est-ce que c'est bien...

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

Mme Skene (Jennie): Mais vous ne pouvez pas... Quand vous faites ça... Je ne nie pas cette possibilité-là, mais, quand vous faites ça, les gens qui font le générique ne pourront pas utiliser l'autre portion...

M. Gauthrin: Pour la partie qui est...

Mme Skene (Jennie): Exactement. Donc, ça veut dire que...

M. Gautrin: ...nouvellement brevetée pour une autre pathologie suite à une autre recherche clinique et qui a été... parce que... ça, je comprends bien. Mais, pour la partie qui a été initialement brevetée, à ce moment-là, au terme du 10 ans, le générique peut rentrer.

M. Skene (Jennie): Mais ils ne pourront pas l'utiliser, ni publiquement ni autrement. Et la question qu'on se pose même — puis on n'a aucune réponse à ça: Est-ce que, au moment où on fait des tests, où on expérimente des médicaments sur des personnes par les recherches cliniques — on expérimente avec des personnes aussi pendant un certain nombre d'années avant que le médicament soit commercialisé — est-ce que, toujours, les nouveaux développements de ce médicament-là étaient inconnus au moment où on l'a mis en marché?

M. Gautrin: Ça, c'est une question que je ne peux pas vous répondre, et vous non plus.

Mme Skene (Jennie): Moi non plus. Ha, ha, ha!

M. Gautrin: Personne ne peut répondre à ça. Mais, moi, j'aimerais... Est-ce que vous pourriez nous transmettre l'information que vous avez sur les brevets à cet effet-là? Je pense — transmettre à la commission — que la commission serait intéressée d'avoir ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez en main cette information, Mme Mercier?

Mme Mercier (Lucie): Non, je ne l'ai pas en main. Mais, écoutez, je ne suis pas une spécialiste des brevets, c'est très compliqué, mais je peux vous dire qu'il existe des produits sur lesquels il y a 70 brevets pour un même produit. Je ne sais pas quels sont tous les aspects sur lesquels il y a ces brevets-là, mais je sais qu'il y a des brevets sur des procédés. Ce n'est pas juste sur les molécules, il y a aussi sur les façons de produire le médicament.

M. Gautrin: Bien sûr.

Mme Mercier (Lucie): C'est une industrie qui est vraiment très complexe, celle du brevet.

M. Gautrin: ...de brevet sur la molécule, évidemment, comme dans n'importe quoi.

Mme Skene (Jennie): Et l'utilisation du procédé...

M. Gautrin: Si vous faites, par exemple des cafetières, vous allez avoir au début le concept de cafetière, vous avez le brevet sur comment fabriquer votre cafetière. Et, maintenant, dans ce cas-là, vous pouvez protéger l'utilisation de la cafetière pour faire du café et aussi pour faire du thé, par exemple. À ce moment-là, si après vous découvrez que vous pouvez l'utiliser pour le thé, elle pourrait être reprotégée pour une autre question. Mais...

Mme Skene (Jennie): Là, ce qu'on essaie en plus, c'est qu'on essaie de breveter chaque sorte de café qui va passer dans votre cafetière.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ceci met fin à nos... Oui. Je m'excuse.

M. Gautrin: Ça n'empêche justement pas l'utilisation d'un générique à ce moment-là pour faire du café.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je m'excuse, mais on pourra continuer nos conversations en dehors, mais ceci met fin à nos travaux. Donc, Mme Skene, Mme Mercier, merci infiniment d'avoir participé à cette commission. Je suspends jusqu'à 21 heures les travaux de la Chambre.

(Suspension de la séance à 17 h 59)

(Reprise à 21 heures)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission des affaires sociales poursuit ses travaux afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 98, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives. Alors, je salue la présence du ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention.

Alors, comme premier groupe ce soir, nous...

M. Williams: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Pardon?

M. Williams: Est-ce que nous allons avoir le ministre de la Santé ce soir?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Non, pas ce soir, monsieur. Il semblerait que c'est le ministre délégué qui remplacera le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. C'est ce que j'ai compris.

Alors, nous recevons comme premier groupe...

M. Williams: Bon.

Une voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bon. Je m'excuse. S'il vous plaît!

Des voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): S'il vous plaît! Vous pourrez faire vos remarques tout à l'heure, je vous laisserai suffisamment de temps pour faire certaines remarques. Pour le moment, j'accueille les représentants de l'Association des hôpitaux du Québec, entre autres le Dr Boisvert. Alors donc, bonsoir, et je vous souhaite la bienvenue. Dr Boisvert, j'apprécierais si vous pouviez nous présenter les personnes qui vous accompagnent, pour l'enregistrement de nos débats, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je vous cède la parole.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

M. Boisvert (Laurent): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, Mmes, MM. les députés, il me fait plaisir d'être avec vous ce soir, accompagné de Mme Dolorès Lepage-Savary, qui est chef du Département de pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Québec et directrice générale adjointe de L'Hôtel-Dieu du CHUQ, et du Dr Claude Farah-Lajoie, qui est médecin-conseil à l'Association des hôpitaux du Québec.

Alors, nous avons pensé vous présenter nos commentaires sur le projet de loi n° 98 et, compte tenu du peu de temps qui nous est imparti, j'ai pensé passer à travers les commentaires qu'on vous a présentés d'emblée, ce qui devrait prendre à peu près le temps qui nous est imparti.

Donc, le gouvernement a fait le choix de couvrir les médicaments à l'intérieur du régime d'assurance santé au Québec. De ce fait, il est maintenant confronté à l'augmentation rapide et importante des dépenses dans ce secteur. Il faut noter qu'il ne s'agit pas d'une réalité qui est confinée au Québec, bien entendu, puisque la montée des coûts reliés à l'utilisation du médicament dans l'arsenal thérapeutique est constatée à l'échelle planétaire.

Il n'est pas de notre intention de remettre en cause l'utilité des médicaments évidemment. Il n'en demeure pas moins important de développer des stratégies d'utilisation qui soient rationnelles et efficaces afin d'en maximiser les effets et, par ailleurs, d'en minimiser les effets secondaires et indésirables ainsi que les coûts. Nous comprenons qu'il s'agit là, outre les aspects plus techniques de la contribution des usagers, des objectifs poursuivis par ce projet de loi.

Est-il besoin de vous rappeler que les programmes d'assurance médicaments et l'assurance hospitalisation sont intrinsèquement reliés un à l'autre et qu'ils sont un acquis social à conserver et à mettre en valeur au-delà des problèmes qu'on puisse rencontrer? Trop longtemps déjà, ces deux régimes ont été analysés séparément sans tenir compte de la relation de cause à effet que les règles de gestion de chacun de ces programmes pouvaient influencer le fonctionnement de l'un et l'autre surtout au niveau des coûts. Puisque les médicaments font partie intégrante des soins et des ressources de santé et que leur accessibilité peut modifier l'utilisation ou le recours à d'autres ressources du réseau, il est nécessaire de mettre à contribution l'ensemble des intervenants qui influencent l'une ou l'autre des composantes du réseau de santé. Également, le régime d'assurance médicaments dans son ensemble doit être parfaitement intégré — et on va y revenir un petit peu plus loin dans ce qu'on suggère — dans le contexte d'un programme de couverture des soins de santé en regard d'objectifs d'amélioration de la santé de la population.

Généralement, un programme d'assurance vise à minimiser et à prendre en charge un risque économique individuel qui, autrement, pourrait représenter une charge financière excessive pour l'individu compromettant l'accessibilité aux soins et services. Au-delà du risque économique apparaît un risque d'atteinte à la santé si l'accessibilité aux médicaments et aux soins qui s'y rattachent est compromise. Cette accessibilité peut

être précaire en raison d'obstacles, tels un coût jugé trop élevé, des problèmes d'organisation, de couverture inégale d'un régime à l'autre, ou en raison de problèmes reliés à l'inobservance thérapeutique. Il faut donc reconnaître que le régime d'assurance médicaments ne peut être considéré isolément si l'on veut qu'il produise les bénéfices escomptés en termes d'amélioration de la santé publique. Il doit être parfaitement intégré aux autres composantes du réseau et s'ajuster aux besoins de santé de la population au même titre que d'autres programmes de soins médicaux.

Dans le cadre des consultations sur le projet de loi n° 98, il nous semble nécessaire de proposer des dispositions législatives qui vont au-delà d'une simple question d'assurance mais qui portent surtout sur l'évaluation des objectifs atteints en termes d'amélioration de la santé. Puisque le médicament fait partie intégrante des soins et qu'il ne suffit pas simplement de le rendre accessible ou de le fournir pour en assurer les bénéfices en termes d'amélioration de la santé, il est plus judicieux de considérer la question sous l'angle d'un programme de soins et de l'utilisation optimale des médicaments, et c'est là où on va insister un peu plus.

Sans reprendre le contenu du texte concernant la croissance des coûts, nous avons pensé important d'aborder la croissance pour mettre en lumière la performance des hôpitaux dans le contexte. Ce n'est pas tous les jours qu'on peut le faire et on va en profiter. Évidemment, on ne passera pas à travers tous les chiffres, mais je pense qu'on peut démontrer facilement que, dans les hôpitaux, avec les mesures qui ont été mises en place, nous avons réussi et les hôpitaux ont réussi à contenir les coûts dans un pourcentage qui est nettement plus bas que la croissance du programme général, puisque, pour l'ensemble des membres de l'AHQ, la croissance se situe sous le 11 % et, pour les hôpitaux généraux spécialisés qui font face aux clientèles les plus lourdes, cette croissance-là était tout juste de 11,2, alors que la dernière croissance des régimes généraux se situait plutôt au niveau de 18 %.

Ce résultat est le fruit de l'expérience acquise par les cliniciens et les gestionnaires dans le cadre de travaux de Revue de l'utilisation de la médication et d'une gestion des plus rigoureuses. Il nous apparaît tout aussi important de rappeler que les ajustements budgétaires consentis aux établissements dans les dernières années n'ont pas tenu compte de cette réalité qui, en partie, entraîne le réseau dans un cul-de-sac financier. On pense que le gouvernement devrait reconnaître cette nécessité d'ajuster le financement des hôpitaux en conséquence.

En ce qui a trait à la hausse de la contribution, plusieurs l'ont déjà fait remarquer, l'AHQ s'inquiète de cette hausse de la contribution tenant compte des résultats de nombreuses études internationales de même que l'étude québécoise de Tamblyn qui démontrent de façon rigoureuse que toute augmentation des déboursés au point de service aura un impact négatif sur la consommation de médicaments essentiels qui vont inévitablement se traduire par une hausse des hospitalisations et des visites médicales. D'un côté, on risque d'accroître le problème d'inobservance au traitement en raison de barrières financières et, de l'autre, on propose d'investir dans des études de suivi de

l'observance. L'augmentation des déboursés exigés peut occasionner un frein non souhaitable à l'accès à des médicaments jugés essentiels notamment pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, respiratoires ou de problèmes de santé mentale. Le risque de consultations répétées aux urgences des hôpitaux et dans les cabinets de médecins peut en découler tel que mentionné dans l'étude réalisée par l'équipe du Dr Tamblin.

Pour ce qui est des mesures d'assistance, nous retiendrons essentiellement la notion d'accès équitable et raisonnable qui est évoquée sans être davantage définie ni précisée. S'agit-il d'équité basée sur des considérations cliniques et thérapeutiques ou d'équité basée sur des notions financières? L'accès à un nouveau médicament risque-t-il d'être jugé déraisonnable en raison d'un coût d'acquisition élevé ou de sa contribution peu significative à l'amélioration de la santé de la personne malade? Vous vous doutez bien que, pour ce qui est de nous, on peut limiter l'accès dans la mesure où ça n'a pas de bénéfice vraiment important pour la santé de la personne malade. Le médicament fait partie intégrante des soins à prodiguer dans notre système de santé et doit être considéré au même titre que les autres modalités d'intervention. Le coût ne doit pas être la seule prémisses d'accès.

Bien évidemment, on est d'accord avec la mise en place du Conseil du médicament et de la façon dont il est composé. Toutefois, le Conseil du médicament doit éviter de travailler en vase clos afin de tirer le meilleur profit des expertises cliniques, médicales et pharmaceutiques des établissements de santé et du réseau de services extrahospitaliers.

Par ailleurs, les chefs de département de pharmacie de centres hospitaliers, de par leur expertise, pourraient contribuer de façon significative aux travaux du Conseil. Également, il est à noter qu'en raison des effets de l'utilisation des médicaments dans l'une ou l'autre des composantes du système de santé et de la nécessité d'assurer un meilleur arrimage quant à l'accessibilité et à l'utilisation optimale des médicaments entre le milieu hospitalier, d'une part, et le réseau extrahospitalier, d'autre part, la participation active et dynamique des hôpitaux est essentielle à l'atteinte des objectifs visés.

Nous reviendrons rapidement sur les effets des travaux faits en centres hospitaliers sur la croissance des coûts.

En conséquence, il serait souhaitable qu'un ou des représentants de l'Association des hôpitaux soient intégrés dans la composition de la Table de concertation constituée par le Conseil du médicament dans le cadre de la fonction de suivi d'utilisation optimale des médicaments, tel que proposé dans le document d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé *L'assurance médicaments: un acquis social à préserver?*

On peut noter également dans la composition proposée du Conseil du médicament qu'il y aurait un économiste ou un épidémiologiste. Ces deux disciplines sont différentes et nécessaires aux travaux du Conseil du médicament. Par conséquent, nous suggérons bien humblement de remplacer le «ou» par un «et» et retrouver les deux spécialistes au sein du

Conseil plutôt que deux économistes ou deux épidémiologistes.

● (21 h 10) ●

D'autre part, la fonction de suivi de l'utilisation des médicaments dévolue au Conseil du médicament n'est pas très précise. Certaines questions quant à la nature exacte de cette fonction restent en suspens: S'agit-il seulement d'activités de revue d'utilisation des médicaments? Quelles sont les autres responsabilités liées à cette fonction? L'évaluation d'usage des médicaments, les analyses longitudinales de l'impact des nouvelles thérapies médicamenteuses sont-elles incluses dans l'objectif énoncé?

Par ailleurs, le Conseil doit évoluer non seulement en collaboration avec l'environnement scientifique et administratif, en ce qui a trait aux membres du Conseil, mais également en lien avec l'application clinique et l'évaluation des résultats de la thérapie sur la santé. Ces dimensions relèvent davantage de l'intégration pratique des notions de données probantes médicales et pharmaceutiques sur le plan des soins cliniques. Au-delà de l'analyse des demandes d'inscription et l'élaboration des lignes directrices, le défi le plus grand est d'assurer une utilisation judicieuse des médicaments dans la pratique quotidienne clinique.

On vous propose la mise sur pied d'un programme de gestion thérapeutique. Avec la collaboration de l'AHQ et des chefs de département de pharmacie des établissements et afin d'assurer l'atteinte des objectifs reliés à l'utilisation optimale des médicaments, le Conseil du médicament devrait prévoir des dispositions pour permettre le financement et l'implantation d'un programme de gestion thérapeutique dans les milieux hospitaliers. Ce programme devra être parfaitement intégré aux réalités du réseau de santé québécois qu'il soit intrahospitalier ou extrahospitalier. Pour ce faire, nous proposons sept points. Le programme devrait intégrer notamment:

Les évaluations d'usage des médicaments;

Les contre-expertises cliniques lors de l'analyse d'une demande d'inscription d'un nouveau médicament à la liste thérapeutique;

Les analyses critiques des études de pharmacoeconomie et leur adaptation au contexte québécois de façon indépendante des compagnies pharmaceutiques;

Le développement de protocoles permettant de confier aux pharmaciens, sous l'autorité des CMDP, les responsabilités d'initier des traitements et d'ajuster la thérapie. Des projets dans ce sens réalisés dans plusieurs centres hospitaliers ont permis d'optimiser la qualité de la pharmacothérapie et d'accroître significativement l'adhésion aux règles d'utilisation des médicaments qui découlent des RUM, RUM exportables au réseau des soins extrahospitaliers. C'est une activité qui se déroule et qui prend de plus en plus d'importance dans les centres hospitaliers, ce qui a permis d'ailleurs de rencontrer un certain nombre d'objectifs en termes de limitation de croissance des coûts et d'utilisation optimale, et il serait fort probable qu'on puisse exporter ce genre de modèle à l'extérieur des murs des centres hospitaliers;

Cinquième point, la réalisation d'études évaluatives sur les bénéfices des nouveaux médicaments au regard des données cliniques d'amélioration du contrôle des symptômes et de l'évolution de la maladie.

de la morbidité et des impacts sur le recours évité à d'autres ressources de santé du réseau permet de pouvoir réellement comparer l'effet d'une thérapie, par exemple, chirurgicale versus une thérapie médicale à l'aide de médicaments pour un même problème;

L'intégration de mécanismes d'évaluation continue de certaines thérapies pour limiter le recours à des médicaments dont l'efficacité et les bénéfices cliniques sont peu contributifs à l'amélioration globale de l'état de santé;

Et finalement, l'utilisation accrue de centres d'informations spécialisées sur les médicaments en soutien à la pratique médicale et pharmaceutique pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Ces centres d'informations devraient bénéficier d'un support financier et de méthodes incitatives pour que les médecins et les pharmaciens du réseau puissent utiliser et bénéficier davantage de ces expertises sur l'utilisation des médicaments.

Il est par conséquent proposé d'ajouter dans les dispositions législatives des mécanismes visant à réserver une partie des fonds consacrés à la meilleure utilisation des médicaments pour financer l'implantation des programmes de gestion thérapeutique proposés par les établissements de santé. Ces programmes peuvent également être applicables dans le cadre de l'assurance médicaments pour les soins extrahospitaliers.

Finalement, le médicament et les systèmes d'information. On en a parlé dans plusieurs sujets, et c'est un sujet qui est plus que d'actualité dans le secteur de la santé et des services sociaux, et on y revient parce qu'on pense que, effectivement, c'est un point majeur. La revue d'utilisation du médicament, l'utilisation plus rationnelle des médicaments, la diminution des erreurs médicales dans le domaine des médicaments et la diminution des effets secondaires et indésirables nécessitent l'utilisation de systèmes d'information performants. Malheureusement, le Québec accuse un retard considérable dans le domaine, et plusieurs projets s'activent actuellement tant sur le plan national que localement dans les établissements. Il serait probablement opportun de mettre à profit l'entreprise privée pharmaceutique et les assureurs pour favoriser une partie importante des investissements requis tant sur le plan national que sur le plan local pour mettre en place ces systèmes d'information qui, pour nous, nous apparaissent tout à fait essentiels tant au niveau du point de service, quant à savoir quelle est la consommation médicamenteuse du patient en temps réel et à jour, que de faire parvenir les informations essentielles pour permettre l'utilisation desdits médicaments.

Ces investissements assureraient une meilleure formation et un meilleur soutien en termes d'information et de formation continue des cliniciens, tant pour les médecins que pour les pharmaciens, par le biais d'organismes indépendants, tels les universités, les ordres professionnels ou les centres d'informations sur les médicaments. Il s'agirait là pour nous d'un juste retour d'ascenseur compte tenu des ententes à développer avec le gouvernement afin d'assurer une utilisation optimale de la médication en contrepartie du développement économique de notre société.

En conclusion, nous avons tenté de vous le démontrer, il y a beaucoup de travail à réaliser afin

d'arriver à une utilisation optimale du médicament dans notre réseau. Nous avons suggéré des modifications, bien que mineures, au projet de loi qui nous semblent le bonifier afin de réaliser l'objectif visé. En espérant que ces propositions recevront toute l'écoute requise et vous assurant de notre collaboration, nous vous remercions de votre attention et il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, Dr Boisvert, pour la présentation de votre mémoire. Je cède sans plus tarder la parole au ministre délégué.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Je remercie le Dr Boisvert pour sa présentation, je remercie également les personnes qui l'accompagnent. La contribution de l'AHQ est toujours appréciée dans le cadre de tels travaux.

Il y a une chose qui me frappe dans votre mémoire. C'est effectivement que vous adoptez, je dirais, une attitude très proactive et vous suggérez un tas de mesures pour permettre d'améliorer, je dirais, la performance du régime, notamment en ce qui regarde bien sûr le programme de gestion thérapeutique et ses différents éléments. Bon. Il y a une chose que j'aimerais comprendre. Vous avez souligné à juste titre que, finalement, le coût du médicament en établissement hospitalier évolue à un rythme beaucoup moins fort que ce qu'on retrouve dans les régimes, non seulement dans le régime qu'on retrouve ici, au Québec, mais également dans l'ensemble des régimes à toutes fins pratiques équivalents. Comme profane un peu dans le domaine, je peux imaginer que la collaboration plus intense, par exemple, qui existe entre pharmaciens et médecins à l'intérieur même de l'hôpital peut peut-être en expliquer une partie, mais j'aimerais ça que vous m'en parliez de façon plus précise, plus détaillée, et surtout sous l'angle de l'expérience que vous avez au sein d'un établissement hospitalier, que vous en avez tirée au fil des années. Est-ce qu'elle peut nous servir également à l'intérieur même de ce régime qu'on cherche à améliorer tous? L'expérience que vous avez, vous, au niveau hospitalier... qu'est-ce qui pourrait être transposable à l'égard du régime public?

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

M. Boisvert (Laurent): Je vais tenter un début de réponse et je vais par la suite laisser la parole à ma collègue, Mme Dolorès Lepage-Savary.

Pour ce qui est de l'expérience intrahospitalière, évidemment, la collaboration beaucoup plus étroite que dans le régime, disons, extrahospitalier entre les pharmaciens et les cliniciens quant à la gestion de l'utilisation du médicament a définitivement un effet sur les résultats qu'on peut constater. Que ce soit dans la gestion du formulaire, que ce soit dans la gestion des médicaments en tant que tels ou la Revue d'utilisation, les RUM, Revue d'utilisation de la médication, la collaboration de cliniciens-clés et de pharmaciens permet de mettre en place... d'une part, de revoir ce qu'on fait avec les médicaments et, éventuellement, de

mettre en place des façons de faire qui permettent d'assurer, d'une part, d'avoir les résultats qu'on veut obtenir, ce qui est la première chose à rechercher, et par ailleurs, en même temps, et surtout dans les dernières années, de se poser des questions sur justement le coût du médicament pour le résultat atteint.

C'est sûr que, dans le régime, je dirais, général, extrahospitalier, on se pose beaucoup moins ces questions-là quant aux coûts-bénéfices. Une nouvelle molécule apparaît, elle est efficace; elle présente certains avantages parfois; parfois, les avantages sont relativement limités, et on l'utilise parfois, malheureusement, gaiement. Donc, on peut penser qu'on peut transposer une forme de revue d'utilisation de la médication tant sur le plan de la gestion des formulaires — de toute façon, c'est ce que le Conseil du médicament doit faire — que sur le plan des avantages coûts-bénéfices éventuels. Ce qui m'apparaît très important et qui est beaucoup plus difficile à faire qu'en établissement, c'est justement le moyen de transmettre l'information. En établissement, les professionnels se côtoient, les mécanismes sont prévus, l'expérience est acquise, ça fait plusieurs années que ça fonctionne, les gens partagent l'information non seulement au sein de l'établissement, mais entre les établissements, donc il y a un réseau qui est déjà là. Il y a un réseau qui est à bâtir, de l'autre côté, d'un point de vue extrahospitalier.

• (21 h 20) •

Et vous me permettez de revenir sur les systèmes d'information, mais la littérature est riche maintenant par rapport à ce qu'on peut changer comme comportements justement en diffusant l'information. Et ce qui apparaît clair, c'est que, si on veut changer des comportements au sein des professionnels en santé, c'est au point de service. C'est au moment où il y a un contact entre le patient et le médecin que l'information doit être disponible si on veut que les changements de comportements s'opèrent. Si on n'a pas ça, et la littérature est claire, ça ne s'opère pas. Vous avez beau avoir les plus beaux protocoles, les plus belles informations qui proviennent des plus belles expertises, si elle n'est pas disponible au moment où le patient rencontre son médecin, l'information n'est pas utilisée. Et, sur ce, je permettrai à madame...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Lepage-Savary, vous voulez compléter?

Mme Lepage-Savary (Dolorès): Oui, avec beaucoup d'intérêt, peut-être vous mentionner qu'évidemment le défi le plus grand, c'est d'utiliser correctement un traitement en fonction des données cliniques qu'on connaît au moment où ce traitement-là est disponible. Or, souvent, avec le système qu'on connaît, qui est un petit peu éclaté au niveau de l'assurance médicaments, vous avez des pharmaciens et des médecins qui travaillent isolément. En établissement de santé, on se donne des règles d'utilisation basées sur des données probantes qu'on convient mutuellement. Il est possible de le faire aussi en fonction, par exemple, d'une application des programmes de gestion thérapeutique qu'on vous propose, dans lesquels la meilleure façon de convaincre un praticien de changer sa pratique, c'est de lui faire voir les résultats que ça lui donne. C'est

non seulement le convaincre par une information qui est statique, c'est-à-dire un bulletin d'informations... Quand on a fait une Revue d'utilisation des médicaments, je dois vous dire que ce n'est pas suffisant pour changer les pratiques. Même en établissement de santé, les revues d'utilisation de médicaments, si on ne fait pas plus que ça, si on est incapable de les intégrer avec une présence clinique d'un pharmacien dans l'équipe, ça ne sert à rien, ça n'a pas d'effet à moyen ou à long terme.

Donc, c'est pour cette raison qu'on vous propose un programme à valeur ajoutée, c'est-à-dire un programme de gestion thérapeutique combinant un certain nombre d'interventions, qui sont aussi exportables en pratique privée, communautaire, des médecins et des pharmaciens. Mais voici, il y a peut-être un ingrédient qu'il faut ajouter, qui n'est pas là en ce moment en pratique communautaire, c'est peut-être de prévoir des mécanismes, et je ne sais pas si vous avez le mandat de vous pencher sur ça, mais des mécanismes qui pourraient inciter, soit par un regroupement local de pharmaciens avec une équipe clinique d'omnipraticiens ou de médecins dans un quartier, pour faire en sorte qu'on identifie la clientèle, avec les objectifs d'amélioration de santé dans cet arrondissement-là, et on dit: Écoutez, on consent à payer nos pharmaciens, par exemple, un montant fixe, comme on pourrait consentir à payer nos médecins un montant fixe, pour prendre soin ou pour prendre charge d'une catégorie de malades qui souffrent soit de maladies cardiovasculaires, de maladies chroniques, respiratoires ou autres, et on dit: Ce malade-là, on sait qu'il doit consulter quatre ou cinq fois par année un médecin et il revient à la pharmacie x fois par année, et on fixe la rémunération à ce moment-là en fonction de la consommation des soins de santé.

Et je vous soumets ça librement comme ça, je pense bien que vous n'avez peut-être même pas le mandat d'aller aussi loin que ça, mais je pense que ça, ce seraient des incitatifs qui permettraient aux pharmaciens en pratique privée et aux médecins en pratique privée de travailler ensemble et de pouvoir avoir les discussions cliniques que, nous, on peut avoir lorsqu'on fait consensus sur les règles d'utilisation cliniques des médicaments. Ça ne se passe pas au niveau administratif — c'est la première chose qu'on a apprise dans les établissements de santé — les règles administratives viennent après, c'est-à-dire qu'il faut que les gens travaillent ensemble, avec des règles qu'ils se donnent mutuellement, et elles ne peuvent pas être basées sur autre chose que ce qu'on appelle l'«evidence base medicine», donc les données probantes pharmaceutiques et cliniques. Et ça, ça ne coûte pas plus cher, mais il faut revoir un petit peu notre approche en fonction de trouver ces incitatifs-là.

La proposition de programme de gestion thérapeutique venait dans une phase initiatrice, en disant: Si on fait des projets-pilotes dans quelques établissements de santé avec des cibles qui pourraient être aussi des cibles de médicaments utilisés aussi en extrahospitalier et qu'on puisse, avec des collègues en pratique privée, développer des méthodes de travail sous la forme d'un projet-pilote, bien, je pense que vous auriez une bonne idée de voir comment ça pourrait être exportable dans le réseau de l'assurance médicaments, par exemple.

Alors, c'est ce qu'on vous soumet bien humblement et c'est pour ça que notre proposition de gestion thérapeutique, on trouve que, pour nous, c'est peut-être une proposition charnière pour arriver à des nouvelles approches qui permettraient d'avoir un contrôle à très long terme puis à moyen terme sur le coût des médicaments. À très court terme, vous ne verrez pas d'effets, sur la première année. Mais ces programmes-là donnent des effets après deux ou trois ans de fonctionnement, et ce sont des effets durables, c'est la différence.

Et on mentionnait tout à l'heure aussi que la formation ou l'information, elle est extrêmement importante. Dans nos hôpitaux, on forme à peu près 100 % des médecins. Par contre, la formation qu'on leur donne est peut-être incomplète au niveau de la prescription ou au niveau de l'attitude thérapeutique. Mon collègue, le Dr Boisvert, tantôt, mentionnait que, évidemment, dans les établissements, c'est là qu'on... Non seulement on apprend à soigner les malades là, autant nos pharmaciens que nos médecins, mais on apprend à prescrire des nouvelles molécules parce qu'elles arrivent dans les établissements avant d'être utilisées ailleurs dans le réseau. Donc, on est probablement en amont de l'utilisation des nouvelles molécules et donc bien placés pour supporter l'évaluation de l'utilisation clinique en collaboration avec le réseau extrahospitalier également.

Alors, c'est ce qu'on vous propose. On est conscient qu'on vous propose quelque chose qui est peut-être au-delà des dimensions que vous auriez peut-être imaginées, mais on pense qu'il faut innover dans le réseau de la santé. Et comme c'est un problème qui est là pour perdurer, hein... l'augmentation des coûts de médicaments va rester un problème durable si on ne s'y attaque pas de façon très structurante, et pas uniquement avec des méthodes administratives.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, madame. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Bien, je ne pense pas, Mme la Présidente, que Mme Lepage-Savary soit allée au-delà de ce qui, effectivement, m'apparaît nécessaire de discuter et ce sur quoi on doit échanger comme scénarios éventuellement. Je comprends donc que, s'il s'agit de discuter de partage d'informations, le programme de gestion thérapeutique peut permettre ça, les revues d'utilisation également peuvent permettre, par effet de feedback, de revoir certaines choses, mais que le noeud, ça semble être, de votre point de vue, d'après ce que je peux comprendre, l'interaction entre professionnels qu'on retrouve en établissement et qui est peut-être plus difficile de formaliser ailleurs, à l'extérieur de l'établissement, sur le terrain. Bon. Et est-ce que je comprends que, pour vous, par exemple, la modalité de financement, l'outil du financement pourrait être une façon de forcer, d'une certaine façon, ou de fortement inciter l'interaction entre pharmaciens et médecins, par exemple, de première ligne? C'est ce que je comprends.

Mme Lepage-Savary (Dolorès): Moi, je pense que oui, à condition que cette modalité de financement

soit compatible avec le niveau d'intervention de soins qu'on demande à un pharmacien d'officine ou à un médecin en pratique privée. Je pense qu'il faut qu'on soit capable de préciser la consommation en termes de soins d'une population donnée. Donc, les maladies chroniques, c'est plus facile de déterminer. Par exemple, en analysant tout simplement les données de la RAMQ, combien de fois un patient qui a une maladie respiratoire consulte dans une année? vous êtes capables d'avoir ces données-là. À partir de ces observations-là que vous avez déjà en quelque part dans vos données, vous êtes capables de déterminer quelle serait la meilleure compensation financière pour qu'un pharmacien accepte de prendre en charge, dans un quartier, l'ensemble de la population qui a un problème de maladies respiratoires et que ce soit fait conjointement avec un regroupement de médecins de famille ou un regroupement de médecins en clinique, une ou plusieurs cliniques qui couvrent la même clientèle.

Alors, c'est un concept qui n'a jamais été utilisé au Québec, mais je pense qu'on aurait intérêt à regarder dans cet aspect-là et ça reconstituerait ce que, nous, on appelle nos «task force» dans les hôpitaux, c'est-à-dire au niveau des équipes... Par exemple, un pharmacien est souvent associé à une équipe de médecine interne, ou de cardiologie, ou d'omnipraticiens de médecine familiale, et il oeuvre principalement avec ces équipes-là. Alors, quand il y a une nouvelle molécule qui touche beaucoup ces clientèles-là, bien, le pharmacien est déjà au courant des dernières données et travaille intimement avec l'équipe médicale pour se donner, avec l'équipe médicale, des règles cliniques d'utilisation du médicament.

Nos pharmaciens en pratique communautaire peuvent faire la même chose à condition d'être dans un contexte où ils sont capables d'avoir cette interaction avec un regroupement de médecins avec lesquels ils travaillent. En général, probablement que les médecins et les pharmaciens dans un même quartier de toute façon ont les mêmes clientèles, probablement, à part les centres d'achats où vous retrouvez peut-être soit des cliniques médicales ou des pharmacies, là. Mais, dans les pharmacies de quartier, probablement que les pharmaciens doivent interagir avec, presque dans 80 %, le même groupe de médecins.

Alors, c'est sous cette hypothèse-là que je pense qu'on pourrait regarder un aspect un petit peu plus efficace, je pense, de prestations de soins, mais basé sur d'autres formes d'incitatifs que celles qu'on connaît en ce moment.

● (21 h 30) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le ministre, votre temps est écoulé.

M. Bertrand (Portneuf): Déjà?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je dois céder la parole maintenant à la députée de Lavolette.

M. Bertrand (Portneuf): Je pensais qu'il me restait cinq minutes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Non, malheureusement, c'est que c'est 15 minutes maintenant.

M. Bertrand (Portneuf): On va se revoir. Je trouve ça très intéressant...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, on n'a pas...

Des voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): On n'a malheureusement pas 20 minutes, c'est 15 minutes, parce que c'est trois quarts d'heure, alors c'est 15, 15, 15.

M. Bertrand (Portneuf): Ah bon! J'avais deux autres questions, mais, enfin, ce n'est pas grave.

Des voix: ...

M. Bertrand (Portneuf): Je m'excuse.

Mme Boulet: Je voudrais dire bonjour au Dr Boisvert, à Mme Lepage-Savary ainsi qu'au Dr Farah-Lajoie. Je vous remercie d'être parmi nous et de venir nous faire part de vos commentaires.

J'aimerais dans un premier temps, là... À la page 1, vous parlez... vous me parlez, là... il est «important de développer des stratégies d'utilisation qui soient rationnelles et efficaces afin d'en maximiser les effets et d'en minimiser les effets secondaires et indésirables ainsi que les coûts». Dans le projet de loi, à la page 9, on parle que le Conseil du médicament «peut également, sur demande, obtenir de la Régie, sous forme non nominative à l'égard de la personne à qui un médicament a été fourni, les renseignements suivants: un numéro séquentiel; la date de naissance et le sexe...» En fait, on parle également de la profession, du numéro ou du nom et l'initiale du prénom du prescripteur. Le Collège des médecins est venu ici. Est-ce que vous n'y voyez pas là une ingérence du Conseil du médicament, une espèce de contrôle qui va faire en sorte que, finalement, l'État va s'ingérer puis il va dire au docteur comment prescrire? Est-ce qu'il n'y a pas là une espèce de malaise ou d'incohérence par rapport au but premier ou à la fonction première d'un médecin qui est de soigner d'abord et avant tout? Je ne crois pas que les médecins soient là pour faire des prescriptions économiques mais plutôt des prescriptions avec des avantages thérapeutiques. Est-ce que ça ne vous met pas un peu la puce à l'oreille? Vous n'avez pas certaines craintes par rapport à un risque de contrôle à ce niveau-là?

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

M. Boisvert (Laurent): De prime abord, effectivement, on peut craindre une ingérence, mais, d'un autre côté, avec le passé, avec l'histoire, je pense que, lorsque quelqu'un a voulu contraindre ou s'ingérer, ça n'a jamais obtenu aucun succès. Et Mme Lepage-Savary en a fait mention, les succès qui ont été obtenus en établissement, ce n'est pas en contraignant puis en contrôlant, c'est en démontrant. Bon, on donne ici le pouvoir au Conseil d'obtenir un certain nombre de données. Si on les obtient avec un objectif d'étude de

démonstration, d'étude populationnelle et, par la suite, pour retourner l'information aux cliniciens ou à des groupes idéalement multidisciplinaires, dans un réseau de services intégrés ou de groupes de médecins de famille, pourquoi pas? ça peut obtenir certains effets effectivement. Mais il y a effectivement, à la lumière de ça, un danger qui apparaît qui peut dire: on va vous suivre à la trace, on va vous dire ce que vous faites puis ce que vous ne faites pas bien, puis vous allez devoir rentrer dans le rang. Ça n'a jamais fonctionné. Donc, si c'est avec cet objectif-là qu'on le fait apparaître, bof! on va passer à côté de la cible. Mais ça peut apparaître un peu, effectivement, inquiétant.

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

Mme Boulet: Il y avait énormément de craintes de la part du Collège des médecins et eux prétendaient que, finalement, la gestion devait passer, selon eux... une bonne pratique de prescriptions devait passer par un ordre professionnel plutôt que par un conseil de médicaments, et même plutôt que par la Régie, là. Eux autres, ils disaient: Ça relève d'un ordre professionnel. Et on n'a pas besoin de donner ces renseignements-là, parce qu'il y a un danger qu'éventuellement on tente de dire à un tel médecin: Tu prescris trop d'anti-inflammatoires, tu prescris trop... Et, à ce moment-là, je ne suis pas certaine que le patient va avoir... je pense que ça va peut-être empêcher le lien de... la confiance, en fait, entre le médecin puis le patient. Je ne le sais pas. Puis le médecin ne sera pas... Je ne crois pas d'ailleurs que les médecins vont endosser ce genre de contrôle là; ils ont toujours été assez libres de prescrire et toujours... Alors, le Collège des médecins semblait nous dire que ça devait relever d'abord et avant tout d'un ordre professionnel plutôt que d'une table ou d'un organisme comme celui-là.

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

M. Boisvert (Laurent): Bien, écoutez, le contrôle de la qualité de la pratique relève effectivement de la responsabilité des ordres professionnels, c'est leur travail, c'est l'essentiel de leur travail effectivement, et il n'est effectivement pas du ressort même du Conseil du médicament éventuellement de commencer à faire des interventions, surtout des interventions de type personnalisé, auprès des professionnels quant à l'utilisation du médicament. Pour ce qui est de l'Association des hôpitaux, on ne cautionnerait définitivement pas ce genre d'action là de la part du Conseil du médicament, il est évident.

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

M. Gauthrin: Brièvement. Dr Boisvert, dans votre document, vous y allez réellement en vous questionnant. À la page 4, quatrième alinéa, vous dites: «...la fonction de suivi de l'utilisation des médicaments — et vous avez pris la peine de le souligner — dévolue au Conseil du médicament n'est

pas précise. Certaines questions quant à la nature exacte de cette fonction restent en suspens.» Et vous y allez en questions, parce que vous êtes polis par rapport au gouvernement, mais enfin, vous vous interrogez très fortement: «S'agit-il seulement d'activités de revue d'utilisation des médicaments? Quelles sont les autres responsabilités liées à cette fonction? L'évaluation d'usage des médicaments, les analyses longitudinales de l'impact des nouvelles thérapies médicamenteuses sont-elles incluses dans l'objectif énoncé?» Moi, quand je lis votre document, j'ai l'impression que vous êtes très inquiets avec certains éléments qui semblent être inclus dans les pouvoirs du Conseil d'utilisation des médicaments, puisque vous y allez gentiment en questionnant, mais quand même.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Boisvert. Mme Lepage-Savary.

Mme Lepage-Savary (Dolorès): Oui. Peut-être mentionner que, il y a 10 ans, 15 ans, on a essayé ce genre de tentative là dans les établissements de santé. Vous voyez mes cheveux gris? ça fait quand même quelques années que je suis dans le réseau, et, à titre de pharmacienne clinicienne dans les années 1975 à 1980, on a tenté, avec des systèmes informatiques, des choses comme ça, faire sortir des profils de prescriptions, même non nominatives, là, avec des groupes de médecins qui sont ciblés, comme médecine interne, cardio. Ça a créé beaucoup de remous puis ça n'a pas donné beaucoup de résultats ni à court terme ni à moyen terme.

Moi, je pense que la meilleure façon, c'est d'essayer de s'assurer que l'information est présente au moment où on prescrit, que le pharmacien est disponible non pas juste après la prescription, pour intervenir en aval, mais plutôt intervenir en même temps que la décision thérapeutique se prend, et c'est là que je pense qu'on a des devoirs à faire à ce propos-là, et les médecins acceptent très bien ce genre de travail en collaboration, parce que c'est celui qui est le moins blessant pour un professionnel qui dit: Moi, j'ai posé un acte thérapeutique; de quel droit un autre professionnel vient le questionner? Alors, par rapport à ça, c'est à ce moment-là qu'on pense que l'intervention la plus efficace pourrait être faite, et c'est ce qu'on devrait cibler plutôt que de vouloir sortir des données statistiques.

M. Gauthrin: ...bien compris et je comprends l'interrogation que vous avez avec ce qui est dans le projet de loi.

Mme Lepage-Savary (Dolorès): Oui, c'est dans ce sens-là, oui.

M. Gauthrin: Je vous remercie. Je pense qu'il y a mon collègue qui a une question.

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

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci pour votre présentation. Et je vais essayer de laisser du temps pour nos collègues, 15 minutes, ça passe vite.

Avec ça, vous avez parlé sur les questions de l'accroissement des coûts. Vous avez mentionné que, chez vous, ils ont eu plus de contrôle que le secteur privé et le secteur public, et même vous avez mentionné quelques chiffres que... Je ne plonge pas dans le débat des chiffres, mais le message, c'est qu'il y a moins d'augmentation chez vous. Vous avez ciblé particulièrement après 1995, mais c'est un peu le virage ambulatoire, et ils ont eu un changement de personnel.

Mais la chose qui m'intéresse est... une première, je voudrais peut-être avoir — pas ce soir, mais plus tard — une ventilation de ces chiffres un peu approfondie, mais aussi... plus une chose que je présume que vous avez étudiée, c'est le coût de la bonne utilisation des médicaments sur votre système dans votre hôpital. Il me semble que, si on veut vraiment... pas juste les coûts, combien les médicaments coûtent pendant l'utilisation, mais une bonne utilisation, de bons médicaments, au bon moment, au bon patient. L'idée en arrière de ça, ça va être une bonne intervention médicale et moins cher. Et vous n'avez pas ça dans votre analyse de l'accroissement des coûts. Est-ce que vous pouvez répondre à cette question? Et est-ce que plus tard vous pourrez, s'il y a quelques exemples que vous avez bel et bien étudiés, que, oui, dans ce dossier, ça va être une augmentation de 25 % ou 50 % les coûts des médicaments, mais on peut sauver x montant des frais de séjour, ou quelque chose comme ça... Puis je sais qu'on parle de ça au niveau macro, mais, à l'AHQ, avez-vous des analyses, comme ça, précises? Et, si oui, est-ce que vous pouvez déposer ça plus tard?

• (21 h 40) •

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

M. Boisvert (Laurent): Tout est dans le tuyau de l'oreille...

M. Williams: On fait la même chose ici.

M. Boisvert (Laurent): ...parce que c'est confirmé qu'au Québec il n'y a pas de données qui existent à ce niveau-là, d'études aussi, je vous dirais, aussi pointues... en fait, aussi approfondies que les bénéfices d'utilisation du médicament, de la bonne façon, on s'entend. C'est de la bonne façon.

Je vous dirais cependant que, sans avoir de chiffres, on a quand même rapidement, pour être en clinique, oui, effectivement, des effets de médicaments puis parfois des médicaments très coûteux. Le premier qui va venir en tête, parce que c'est un médicament qui est protocolé, c'est un médicament qui ne peut pas être utilisé autrement que dans des situations très précises, c'est l'utilisation des trombolitiques dans l'infarctus du myocarde. Je veux dire, c'est un médicament qui a révolutionné le traitement de l'infarctus du myocarde et à plusieurs points de vue et, entre autres, en termes de bénéfices. Même si le médicament est relativement coûteux, ses bénéfices sont indéniables et à plusieurs points de vue, et non seulement au niveau, par exemple, de la durée de séjour ou de l'utilisation des ressources... hospitalières, mais aussi en termes de complications, et la complication, c'est une complication qui devient une maladie chronique, qui entraîne ce qu'on appelle les

syndromes de portes tournantes, c'est-à-dire des patients qui sont... multiples visites à l'urgence, multiples fois hospitalisés. Donc, ces bénéfices-là sont indéniables. Malheureusement, malheureusement au Québec, et pour l'avoir partagé, on n'a pas de données précises là-dessus.

M. Williams: Mais il me semble que c'est les données les plus importantes parce que c'est... quand le gouvernement ferme les lits dans les hôpitaux, il peut sauver de l'argent, mais ce n'est pas nécessairement une bonne affaire pour le système de santé. Et il me semble qu'étudier juste la ligne des coûts des médicaments dans les hôpitaux sans avoir l'impact, c'est un peu un faux débat. C'est quand même intéressant de comparer les deux programmes, comme vous avez fait. Mais je pense que c'est le temps de vraiment faire la prochaine étape, parce qu'il me semble, avec respect, qu'on tourne en rond sans avoir cette information. Et ça m'intéresse beaucoup si on peut utiliser les médicaments d'une bonne façon, toujours d'augmenter la qualité des soins, mais aussi sauver de l'argent. Ça m'intéresse beaucoup, et je pense que, chez vous, c'est un bon endroit pour étudier ça. Peut-être qu'on peut encourager le gouvernement à travailler avec vous pour faire ça.

M. Boisvert (Laurent): ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une minute et demie. Il vous reste une minute et demie, Mme la députée de Lavolette. Est-ce que vous voulez... Est-ce qu'il y avait un complément de réponse?

M. Boisvert (Laurent): Bien, rapidement. C'est que, si on revenait rapidement, mais on ne le fera pas, mais, si on revenait rapidement dans le programme de gestion thérapeutique, ça fait partie des objectifs du programme de gestion thérapeutique, c'est effectivement de pouvoir faire ces démonstrations-là.

Mme Boulet: Juste une dernière petite question, et très pratique, là. Vous dites «que les ajustements budgétaires consentis aux établissements n'ont pas tenu compte de cette réalité qui, en partie, entraîne le réseau dans un cul-de-sac financier». Avez-vous l'impression qu'on discarte les frais reliés aux médicaments? Et je vais vous donner en exemple là, bon, les produits qui sont sur la liste d'exceptions, comme le Remicade, l'Enbrel, le Gleevec; certains hôpitaux décident de les payer, d'autres disent: Bien, écoutez, on n'a plus les budgets pour les payer. Puis les gens, ils sont comme pris, là. Si l'hôpital ne le paie pas, ils sortent de l'hôpital puis ils n'y ont plus accès, parce que le médicament n'est pas encore accepté sur la liste des médicaments, ils ne sont pas capables de se le payer. Vous sentez-vous un petit peu pris en otage dans tout ça parce que vous n'avez pas l'argent pour le fournir au patient, mais vous savez très bien que le patient, si vous n'avez pas la bonté de le lui fournir, il ne pourra pas se le procurer? Et c'est des traitements qui sont très onéreux. Comment vous voyez ça, ces médicaments d'exception là, les nouvelles molécules qui entrent sur le marché, qui ont un coût économique très important, mais, par contre, qui sont très révolutionnaires au niveau de la santé?

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

M. Boisvert (Laurent): Évidemment, les hôpitaux face à cette problématique-là, on se sent comme dans un étau, c'est évident. Tout comme dans la Revue d'utilisation des médicaments, ce n'est pas l'aspect coût qui est le premier facteur. Le premier facteur, c'est: Est-ce que le médicament est utile? puis deux: Est-ce que le patient en a besoin? Ça, c'est les deux premiers facteurs. Si ces deux facteurs-là sont rencontrés, règle générale dans les hôpitaux, que le médicament fasse partie du formulaire ou qu'il n'en fasse pas partie, si le patient en a besoin et que le médicament est efficace, il va avoir ce dont il a besoin. Malheureusement...

Mme Boulet: Malheureusement, vous n'avez pas...

M. Boisvert (Laurent): ...malheureusement, ça nous amène dans un cul-de-sac financier.

Mme Boulet: C'est ça, vous n'avez pas l'accompagnement.

M. Boisvert (Laurent): Mais ça, ça fait partie des autres discussions.

Mme Boulet: O.K. C'est beau. C'est ça que je voulais savoir.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, malheureusement, c'est le temps qui est mis à notre disposition. Alors, je vais vous remercier, Dr Boisvert, Dr Farah-Lajoie de même que Mme Lepage-Savary, pour vos bons conseils. Et j'invite immédiatement les représentants de Force Jeunesse et Fédération étudiante universitaire du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, veuillez prendre place, s'il vous plaît. Alors, je salue les représentants de Force Jeunesse et Fédération étudiante universitaire du Québec. Alors, M. Jean-François Roberge, qui est vice-président, je vous cède la parole. Je vous inviterais à nous présenter les personnes qui vous accompagnent, pour les fins d'enregistrement de nos travaux, et vous avez 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je vous cède la parole.

Force Jeunesse

M. Roberge (Jean-François): Merci. D'abord, je vais vous présenter, comme vous dites, l'équipe: à ma droite, Étienne Tittley, qui est trésorier de Force Jeunesse, et, à ma gauche, Joël Monzée, qui est conseiller à l'exécutif. D'abord, je vais juste faire une petite présentation du groupe Force Jeunesse, assez rapide, et puis, ensuite, une brève attaque ou amorce pour laisser la parole à mon collègue Joël Monzée.

D'abord, je vais vous préciser que Force Jeunesse est une association qui existe depuis maintenant quatre ans, une association à double représentativité, si je puis dire. D'abord, on est constitué d'associations membres, associations de jeunes travailleurs et de jeunes professionnels de divers horizons. On regroupe notamment l'Association de défense des jeunes enseignants du Québec, l'Association des jeunes policiers de la Communauté urbaine de Montréal, jeunes du monde, les jeunes de la fonction publique et, justement, les jeunes médecins du Québec et le Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières du Québec, entre autres, et j'en passe, et des meilleurs, comme on dit. Je vais vous dire aussi qu'on est une association où il y a beaucoup de membres individuels qui adhèrent à l'association, donc un double membership.

Depuis quatre ans, Force Jeunesse s'est intéressée — ce sera une surprise pour personne — au dossier des clauses orphelin. C'est aussi beaucoup à cause de ce dossier qu'on a entendu parler de Force Jeunesse. Malheureusement, le gouvernement nous a donné beaucoup de matière à intervenir sur ce dossier-là. On a beaucoup parlé aussi des finances publiques dans une perspective de long terme, et s'entend, là, au-delà de 15, 20, 25 et même 30 ans, à regarder loin en avant. Force Jeunesse parle au nom de la jeunesse et des jeunes aujourd'hui, mais aussi des gens qui seront jeunes demain. On s'est intéressé au renouvellement de la fonction publique. On est passé devant les commissions: la commission Séguin, où il était question d'un hypothétique déséquilibre fiscal entre le fédéral et le provincial; la commission Clair sur la santé, pour se rapprocher de nos intérêts de ce soir; la commission Romanow aussi, qui s'intéressait à la santé au Canada; et encore, la semaine dernière, à la révision de la loi des normes minimales du travail.

J'entre maintenant, une fois la présentation faite sur notre groupe... je vais parler un peu du régime d'assurance médicaments du Québec. Je veux juste préciser qu'ils ne sont pas ce soir avec nous, mais la Fédération étudiante universitaire du Québec a participé aux discussions pour la création et la rédaction de ce mémoire-là et appuie les positions qu'on va défendre ce soir, et les revendications, et donc nos recommandations qu'on dépose ce soir.

● (21 h 50) ●

D'abord, Force Jeunesse évidemment salue l'initiative du gouvernement qui a été de créer — il fallait le faire quand même — le régime d'assurance médicaments du Québec, surtout parce que le régime est venu combler un vide important puis protéger des gens au Québec qui sont parmi les plus vulnérables et qui en avaient le plus besoin. On pense aux gens d'abord qui ont plus de 65 ans, donc, par le fait même, qui sont quand même de grands consommateurs, pour certains cas, de médicaments et qui sont plus vulnérables aussi au niveau financier. C'est venu aussi protéger les gens vulnérables que sont les assistés sociaux, qui sont inclus évidemment et qui ne défraient pas les frais, les enfants et aussi les étudiants à temps plein de moins de 25 ans. Là, par exemple, on se demande un peu pourquoi arrêter en si bon chemin. On inclut les jeunes étudiants à temps plein mais de moins de 25 ans. Alors, qu'est-ce qui se passe le jour d'anniversaire où on a 26 ans? Il faudra

qu'on nous l'explique. Évidemment, ce que je veux dire, c'est qu'il faudrait les inclure, tous les étudiants qui sont à temps plein.

Les travaux puis les débats et ce qu'on lit dans les journaux, c'est que je pense que la consultation vise à combler un problème, qui est un problème de financement. C'est beaucoup ce qu'on entend dans les médias, et je pense que c'est ce que le gouvernement a ciblé. On est passé de prime de 175 \$ à... maintenant, on se propose de la hausser à 412 \$ en l'espace de quelques années. Force Jeunesse ne nie pas qu'il y a un problème de financement du régime, c'est un fait, sauf qu'on pense qu'il y a de plus graves problèmes encore de financement. Il y a: Comment on devrait financer? Comment on devrait structurer le régime? C'est un double défi qui est, selon nous, d'assurer le financement en respectant des principes d'équité intergénérationnelle, comme je dis, de voir un peu plus loin, et de justice sociale. Et, sur comment relever ces défis-là, je vais passer la parole à mon collègue Joël.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Monzée.

M. Monzée (Joël): Bonjour. En fait, nous avons plusieurs recommandations dont nous parlons dans le mémoire, mais, ce soir, nous allons principalement parler de deux recommandations majeures qui pourraient probablement proposer des solutions nouvelles et qui permettraient d'améliorer le fonctionnement et le financement de l'assurance médicaments, la partie publique, il va sans dire.

La problématique majeure autour du financement nous semble en fait que, dès le départ, il y a une confusion des rôles. Dans un certain sens, c'est une assurance, et on veut, au départ de cette assurance, faire une redistribution de la richesse. Alors, ce que nous proposons, en fait, c'est de séparer ces deux rôles, et ça permettrait probablement de solutionner un certain nombre de problèmes structurels.

La première recommandation va toucher le principe d'assurance. Comme c'est une assurance, il s'agit d'évaluer et d'assurer le risque que représentent éventuellement les adhérents. Dans un certain sens, il y a plusieurs organismes comme la CSST ou la SAAQ qui vont moduler les primes d'assurance des personnes qui adhèrent en fonction du risque réel. Quelqu'un qui a plusieurs points de démérite sur deux ans va avoir des primes de son permis de conduire beaucoup plus élevées que quelqu'un qui a une conduite exemplaire. La même chose, quelqu'un qui travaille dans un bureau va avoir des primes moins élevées que quelqu'un qui travaille sur un chantier. On trouve cela, en général, tout à fait normal, à un tel point que, quand on s'inscrit à une assurance automobile, je pense à l'assurance privée... qu'un jeune qui a moins de 30 ans, il va payer beaucoup plus cher que quelqu'un qui a 45 ou 50 ans, parce que, en général, les personnes au-delà de 30 ans sont plus posées au volant de leur voiture. Donc, on assure le risque et on demande aux jeunes de payer une prime beaucoup plus élevée.

Alors, pourquoi ne pas aller jusqu'au bout de cette logique avec la prime d'assurance pour l'assurance médicaments, étant donné que les plus jeunes qui sont

en général au début de leur carrière avec des salaires moins élevés que les personnes qui ont 50 ans qui sont en fin de carrière, au bout de l'échelle et avec des salaires beaucoup plus élevés... pourquoi est-ce que les jeunes ne pourraient pas avoir des primes d'assurance beaucoup moins élevées, en fonction plutôt du risque, du faible risque qu'ils représentent au niveau des coûts des médicaments?

Alors, vous me direz que ça risque de pénaliser un certain nombre de personnes. Le problème principal en fait se situe plus aux alentours de 50, 65 ans, la fin de la carrière, beaucoup de personnes qui perdent leur lien d'emploi parce qu'elles partent en préretraite; les organismes privés, bien souvent, les invitent à quitter l'assurance groupe qui était auparavant offerte et les invitent à entrer à l'intérieur de l'assurance médicaments uniquement pour ce qui concerne l'assurance médicaments, et elles restent couvertes pour les autres avantages à l'intérieur de leur assurance groupe, ce qui fait qu'on a une migration de personnes qui représentent un risque assez élevé, à partir de 50 ans, vers l'assurance publique, alors que la partie publique, justement, a déjà des difficultés à pouvoir arriver à se financer, vu que c'est une catégorie de personnes qui sont plus précaires au niveau de leurs conditions socioéconomiques que les personnes qui sont assurées par le privé.

Donc, la première recommandation que nous avons, c'est donc éventuellement de majorer... moduler plutôt la prime d'assurance en fonction du risque réel que représentent les différents adhérents.

Comme il y a le second principe, qui est le principe de la redistribution de la richesse aux plus démunis, c'est quelque chose auquel nous sommes très sensibles. D'une part, on parle beaucoup de lutte contre la pauvreté, mais il n'y a que la partie publique qui fait cette redistribution, et c'est beaucoup demander à l'ensemble des gens qui sont déjà donc dans des situations précaires, donc les personnes qui sont sur le système public, de devoir faire entre eux une redistribution de la richesse parce que la richesse, ils ne l'ont pas nécessairement. Et puis, dans un autre sens, les gens, les travailleurs qui sont sur les régimes privés. Si je prends, par exemple, une dame qui serait mère monoparentale qui travaille à tiers temps... pardon, à trois quarts temps dans une entreprise, elle est obligée de cotiser à l'entreprise là où elle travaille, ça fait partie de ses obligations; pourtant, elle n'a pas nécessairement un salaire qui est beaucoup plus élevé que ce qu'on va retrouver chez les adhérents traditionnellement. Pourtant, il n'y a pas de redistribution de la richesse auprès de cette personne-là.

D'où, en fait, notre seconde recommandation qui serait d'essayer de sortir la notion de redistribution des richesses, que ce soit, par exemple, avec un retour d'impôts qui pourrait venir au moment où on paye les impôts de manière à pouvoir couvrir l'ensemble de la population québécoise, qu'ils soient dans un régime privé ou dans un régime public. Ce qui fait qu'à ce moment-là on étend ce principe de redistribution de la richesse pour l'ensemble de la population plutôt de le contraindre uniquement à une petite catégorie de personnes.

L'avantage que cela pourrait avoir en fait, c'est que, si je prends un exemple... Si on paye une prime de

500 \$, par exemple, que l'on paye à travers les impôts, mais qu'au même moment on a un congé d'impôts de 500 \$, finalement ça ne change pas grand-chose pour le contribuable. Par contre, le régime public bénéficierait de l'entière des primes payées par tous les adhérents plutôt que de n'avoir environ... je pense que les chiffres c'est environ 50 % de ce que devrait normalement payer... Si on prenait, par exemple, toutes les primes de tous les adhérents, si on ne tient pas compte de la redistribution de la richesse, eh bien, le régime public ne recevrait que 50 % de l'argent qui devrait lui être adressé.

Donc, en fait, cela pourrait avoir des avantages très importants pour l'ensemble de la population que de séparer ces deux principes: d'une part, d'avoir une prime qui serait modulée par tranches d'âge, ça pourrait être de cinq ans, cinq ans, par exemple, ou de 10 ans, 10 ans, et, d'autre part, d'avoir une redistribution de la richesse par retour d'impôts pour l'ensemble des contribuables, y compris ceux qui seraient dans le privé. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que vous avez autre chose à ajouter? Non? Ça va. Alors, merci beaucoup pour la présentation de votre exposé. Et maintenant, je cède la parole sans plus tarder au ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie bien sûr pour cette présentation, cette contribution à nos travaux. Je comprends donc que vous avez deux préoccupations: une préoccupation d'équité intergénérationnelle et, également, en relation avec la séparation ou la répartition de la richesse, ce que vous nous dites, c'est: Un tel régime ne doit pas être un outil de répartition de la richesse mais essentiellement un régime d'assurance. C'est ce que je comprends de votre position. O.K.

Cependant, on devra reconnaître que l'État n'est pas qu'une compagnie d'assurances. Il a effectivement des préoccupations à portée d'équité dans les gestes qu'il pose, et on peut comprendre que, à l'égard des plus démunis, par exemple, on cherche effectivement à apporter des modulations qui permettent un accès raisonnable au programme et au régime. Si je comprends bien, vous suggérez d'utiliser, par exemple, le retour d'impôts plutôt que la modulation des primes a priori. Mais ceci peut entraîner des effets négatifs importants, ne serait-ce que de liquidités, qui pourraient même empêcher des gens d'avoir accès aux services parce qu'ils ou elles devraient attendre un retour d'impôts, ils ou elles devraient attendre même un retour d'impôts hypothétique. Qu'en est-il des gens qui n'ont pas de revenus ou peu de revenus? J'aimerais ça que vous m'expliquiez peut-être davantage, là, l'essentiel de votre proposition à cet égard.

• (22 heures) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Roberge, M. Tittley.

M. Tittley (Étienne): Oui. Essentiellement, le mécanisme par lequel le remboursement de la prime ou l'assistance au défraiement de la prime se ferait à ce stade-ci, c'est plus ou moins important. Ce que je peux dire par contre, c'est qu'un employé à faibles revenus,

sur ses déductions à la source, va avoir des déductions à la source moins élevées dépendamment de sa situation. Ça pourrait très bien se faire par le biais des déductions à la source, puis, à ce moment-là, le problème de liquidités, il ne se poserait pas du simple fait que ce retour sur... cette assistance-là se ferait directement sur son chèque de paie. Donc, il y a déjà des mécanismes dans la fiscalité prévus pour aider les gens et éliminer leurs problèmes de liquidités par le biais de la fiscalité puis des déductions à la source. Donc, personnellement moi, je n'y vois pas un défi en tant que tel, là. Je crois que l'État québécois est capable de faire face à... d'être assez créatif pour faire face une situation comme ça.

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

M. Bertrand (Portneuf): Par ailleurs, je crois me souvenir que, dans la présentation des assureurs privés, ceux-ci considéraient que les primes proposées dans le projet de loi sont comparables à toutes fins pratiques aux primes payées dans les régimes privés. Dans ce sens-là, l'équité intergénérationnelle est préservée. Est-ce que vous ne croyez pas à ce moment-là que le projet de loi tel que proposé rencontre vos préoccupations, vos objectifs?

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

M. Roberge (Jean-François): L'équité intergénérationnelle, c'est de s'assurer que les gens paient pour des services qu'ils ont en fonction de leur âge, que des gens... Il peut y avoir une certaine solidarité, d'accord. Je comprends que, quand on paie... Les jeunes paient de l'impôt. Bon. Avec l'impôt, on peut rendre un paquet de services à la population. Parfois, c'est des services qui favorisent un peu plus les jeunes, parfois un peu plus les aînés, c'est tout à fait normal. Mais on ne peut pas dire actuellement que l'équité intergénérationnelle est préservée alors que les jeunes paient des primes qui sont plus élevées, beaucoup plus élevées que ce qu'ils devraient payer.

Il y a un exemple. Par exemple, des jeunes médecins du Québec qui, juste avant que le régime ne soit créé, ont demandé à un assureur privé justement de fixer une prime, parce que, bon, ils se demandaient comment pourvoir à leurs besoins, et ils allaient justement faire un régime privé seulement pour les jeunes médecins du Québec. Et puis, la prime était environ de 100 \$ par année en fonction du risque qu'ils représentaient. Elle était de 100 \$. C'était ça, la prime juste pour des jeunes qui avaient, je pense, environ de moins...

Une voix: ...

M. Roberge (Jean-François): C'étaient les jeunes chercheurs? Pardon, c'étaient les jeunes chercheurs. Des jeunes d'environ moins de 35 ans. Là, on nous dit que cette prime-là, finalement... elle était à 175 avec le régime; là, elle va monter en haut de 400 \$. Ce que ça veut dire, c'est qu'on paie une prime... plusieurs jeunes paient des primes qui sont de 300 \$

supérieures à ce que devraient être leur prime. Là, on est en train de financer... On nous dit que le régime fait des déficits, mais, dans le fond, les jeunes paient beaucoup plus, ils sont en train de... Les jeunes ne sont pas en déficit, là, ils sont en excédent, s'il y avait une caisse exclusive, là... On est en train de financer une partie des médicaments pour les personnes qui sont plus âgées.

Notre but, ce n'est pas de refiler la facture, de faire tout payer aux aînés, là. Ce n'est pas ça nécessairement l'équité, de refiler la facture des jeunes. C'est un principe d'assurance qui est appliqué dans plusieurs autres domaines qu'on pourrait appliquer là aussi. Si les gens qui sont plus âgés ont aussi des salaires un peu plus élevés et qu'ils sont capables de payer la prime en conséquence de leurs besoins et de leurs risques, c'est tant mieux. S'ils ont un salaire... même s'ils sont âgés, ils ne sont pas au sommet de l'échelle, ils sont précaires, ils n'ont pas un salaire qui est élevé, bien, à ce moment-là, notre deuxième proposition vient de régler le problème. Parce qu'on a un problème de... une proposition qui permet la redistribution de la richesse.

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

M. Bertrand (Portneuf): Mais j'ai quand même un peu de misère à... Avant de permettre, peut-être, à mon collègue de poser une question, très brièvement. J'ai un peu de misère à vous suivre dans la logique de l'équité intergénérationnelle. Parce qu'il s'agit d'un régime d'assurance, les assurés en question ont un certain nombre de caractéristiques dont l'âge, et, en fonction de ces caractéristiques-là, ils représentent un risque plus élevé. Si le régime était d'un autre ordre... il pourrait arriver effectivement que, sectoriellement, à l'intérieur d'un grand régime, les assurés dans un secteur donné soient à risque plus élevé, est-ce qu'on conclurait pour autant à un déséquilibre ou à une inéquité intersectorielle? Je n'en suis pas sûr. Comprenez-vous? On ne fait pas de distinction quant aux assurés, ce sont tous des assurés qui ont un certain nombre de caractéristiques. Bon, en tout cas, j'ai un petit peu de difficultés.

Et, par ailleurs, soyez rassurés, parce qu'on est certainement très sensible à cet argument-là d'équité intergénérationnelle, c'est la raison pour laquelle on a réussi effectivement à arrêter de consommer les services d'aujourd'hui en les reportant sur vos épaules par les déficits qu'on connaissait dans le temps. Donc, on a certainement cette sensibilité-là. Mais, à l'égard du régime lui-même, j'avoue là que je ne vous suis pas tout à fait complètement ou, en tout cas, je n'accepte pas totalement, personnellement, votre point de vue, qui est par ailleurs légitime.

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

M. Tittley (Étienne): C'est effectivement tout à fait légitime. Les citoyens s'assurent pour une multitude de risques. O.K.? La plupart des régimes d'assurance collective, qu'ils soient d'assurance médicaments ou d'autres ordres, les membres d'un groupe donné... parce

que, quand une compagnie d'assurances fait une soumission à un groupe, c'est en fonction des caractéristiques de ce groupe-là, mais c'est certain que les membres de ce groupe-là ne sont pas tous homogènes. Ça, on se comprend là-dessus.

Généralement, dans la plupart des régimes d'assurance collective — puis là on déborde du cadre de l'assurance médicaments — ces groupes hétérogènes là sont sous-classés en catégories plus homogènes. On peut prendre, par exemple, l'assurance vie collective, où, que ce soit dans le cadre du travail ou dans le cadre de l'assurance collective du travail, bien, les adhérents à l'assurance vie collective âgés entre 25 et 30 ans, s'ils sont non-fumeurs, vont payer moins que les assurés entre 25 et 30 ans qui sont fumeurs. C'est parce que le fait d'être fumeur, c'est un critère qui sert à établir le risque.

Si l'assemblée ou si les experts s'entendent pour dire qu'il y a d'autres facteurs que l'âge pour déterminer ces classes de risque plus homogènes là, on n'a pas de problème, nous personnellement, à intégrer ces autres facteurs de risque là. On n'a vraiment pas de problème avec ça. Ce qu'on dit, c'est qu'on a un régime d'assurance qui ne tient pas compte d'un principe d'assurance, c'est d'essayer de moduler la prime en fonction de classes homogènes de risque. C'est d'ailleurs des principes qui sont admis par l'État québécois dans les deux principaux régimes collectifs publics qu'il gère, c'est-à-dire l'assurance automobile et la CSST.

L'assurance automobile a regroupé les conducteurs en fonction d'une mesure de risque qui était le nombre de points d'inaptitude au dossier; ça détermine, en somme, le risque qu'ils représentent pour la compagnie d'assurances qu'est la Société de l'assurance automobile du Québec. Par ailleurs, les employeurs à la CSST sont regroupés en fonction de la nature de leurs activités puis de leur expérience au niveau de l'occurrence des accidents de travail et sont sous-classés comme tel et paient une prime en fonction de cette classe de risque là. Alors, nous, notre point de vue, on ne comprend pas pourquoi cette logique-là s'applique pour l'assurance automobile, qu'elle s'applique pour la santé et sécurité au travail, mais qu'elle ne s'applique pas pour l'assurance médicaments. Ça, c'est la première des choses.

Pour revenir à votre comparaison avec les assurances privées, on ne dénie pas le fait que... on ne nie pas le fait plutôt que les primes sont comparables, effectivement, à ce qui se passe dans le régime public... dans les régimes privés. Cependant, il faut bien se rappeler une chose, c'est que les compagnies d'assurances qui font une soumission à un groupe, que ce soit géré par l'employeur ou l'employé, font une soumission en escomptant bien que cette soumission-là soit acceptée par l'ensemble du groupe. Or, la plupart des régimes d'assurance collective sont gérés conjointement entre patronats et syndicats et, comme par hasard, c'est ces mêmes entités là qui, dans les 10 dernières années, ont signé nombre et nombre de clauses orphelin qui ont fait en sorte de défavoriser les gens. Ça fait qu'il ne faut pas s'attendre à ce que patronats et syndicats s'entendent pour faire des sous-classes de groupes, des classes de risque plus homogènes, parce que ce ne serait pas à l'avantage de la majorité des membres de le faire d'une

manière tout à fait corporative qu'à la limite on comprend, là, mais ça ne fait pas nécessairement de ces régimes privés là des régimes qui sont équitables.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Oui, merci, Mme la Présidente. Toujours...

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

M. Monzée (Joël): La chose que je voulais dire, c'est qu'on parle éventuellement de conflit entre des générations, mais c'est juste parce qu'une partie de la population, qui, en l'occurrence, est plus jeune que l'autre partie, a moins de risques à ce niveau-là. Ce n'est pas du tout dans un principe de revendication contre nos parents ou nos grands-parents; ce sont nos parents, ce sont nos grands-parents. Nous aurons tous, un jour ou l'autre, si Dieu nous prête vie, 50 ans, 70 ans, 75 ans. On ne va pas mettre en place des choses qui vont nécessairement nous pénaliser à long terme, on veut juste essayer d'aider des jeunes travailleurs qui débutent leur carrière avec des salaires moindres de pouvoir arriver... avoir plus facile, de pouvoir démarrer leur vie d'adulte. C'est uniquement ça. Oublier le conflit de générations, ce n'est pas un conflit de générations, c'est juste permettre à un groupe qui représente un moins grand risque de pouvoir arriver à mieux vivre dans leur quotidien au niveau de leur vie personnelle et professionnelle.

● (22 h 10) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le député de L'Assomption, il vous reste trois minutes.

M. St-André: Merci, Mme la Présidente. C'est pourtant un sujet sur lequel il y a beaucoup à dire.

Toujours en rapport avec l'équité intergénérationnelle, on a reçu cet après-midi la FADOQ, la Fédération de l'âge d'or du Québec. Tantôt, d'ailleurs, vous avez mentionné en aparté, entre parenthèses, vous avez mentionné que vous parlez aux jeunes de demain. J'aimerais savoir si vous considérez que la FADOQ parle en votre nom aujourd'hui.

Toujours en rapport avec l'équité intergénérationnelle, nous avons posé la question cet après-midi à la FADOQ, et la réponse du président, ça a été: Bien, à ce compte-là, moi, je n'ai plus d'enfants d'âge scolaire, pourquoi devrais-je payer des taxes scolaires? et pourtant je les paie et je considère que c'est normal de payer des taxes scolaires. Qu'est-ce que vous pensez de la réponse du président de la FADOQ?

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

M. Roberge (Jean-François): Ce n'est pas une assurance enfant. Les taxes scolaires, ce n'est pas un régime d'assurance enfant. Et vous courez un risque qu'il vous arrive un enfant... On parle d'un régime d'assurance.

Une voix: L'assurance maladie.

M. Roberge (Jean-François): En complément, c'est deux questions.

M. Monzée (Joël): Mais je pense... Moi, j'étais là tout à l'heure quand M. Legault a posé la question à M. Legault à ce propos-là, et c'est vrai que je pense que... le président de la FADOQ a été pris probablement émotionnellement dans sa réponse parce que j'ai eu l'occasion de pouvoir discuter après avec lui. Et finalement, je ne pense pas qu'on soit avec des opinions tellement éloignées l'une de l'autre pour l'ensemble d'ailleurs de nos recommandations communes, je dirais même qu'en fait notre seconde recommandation qui vise, en fait, une aide financière pour les personnes à faibles revenus vient normalement effacer l'effet pervers que pourrait avoir la première recommandation.

Il ne faut pas prendre les deux recommandations de manière séparée, il faut les prendre ensemble, c'est ensemble qu'elles peuvent arriver à solutionner les choses, ne serait-ce que parce que la partie publique d'une assurance médicaments va pouvoir bénéficier de l'entièreté des primes d'assurance pour pouvoir arriver à fonctionner, et puis, alors, les personnes à faibles revenus vont pouvoir être aidées d'une autre manière.

M. St-André: On s'entend.

M. Monzée (Joël): Peu importe l'âge, en fait.

M. St-André: On s'entend là-dessus. Sur le dernier point, on s'entend.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, le temps est maintenant écoulé. Je cède maintenant la parole à la députée de Laviolette.

Mme Boulet: Alors, bonsoir, messieurs. Je vous remercie d'être présents parmi nous ce soir et de venir nous exposer votre mémoire.

J'aimerais, d'entrée de jeu, dire que le principal problème avec le régime général d'assurance médicaments, c'est qu'il y a un manque flagrant de transparence. Il y a une portion là-dedans qui est une portion d'assistance pour laquelle on paye pour 900 000 personnes âgées et 600 000 prestataires de la sécurité du revenu et la portion qui est de l'assurance où on a les adhérents qui payent. Et le ministre dit souvent à répétition, le ministre de la Santé dit souvent qu'une assurance, ça doit s'autofinancer et qu'on doit répercuter les frais de l'assurance sur les utilisateurs. Ce qui fait que le danger qui est là, c'est ce qu'on vit à l'heure actuelle, c'est qu'on demande aux adhérents de payer et de prendre en charge la portion d'assistance qui a toujours été prise en charge au préalable par le fonds consolidé du gouvernement, et là on a sorti ça du fonds consolidé, puis, parce que c'est devenu une assurance, on prétend qu'elle doit s'autofinancer. Donc, bien évidemment, il y a des gens qui doivent payer pour ça, alors que ce n'était pas le cas avant. Avant, on avait pris en charge, comme société... bon, les Québécois avaient décidé d'aider les démunis. On a toujours décidé... On va les aider encore aujourd'hui, sauf que là ça se fait un

peu sur le dos des citoyens qui se trouvent taxés d'une façon biaisée un peu. On est venu chercher davantage d'argent dans la poche des contribuables. Ça a aidé beaucoup de familles qui n'avaient pas d'assurance, mais, par contre, il y a des jeunes travailleurs, comme vous le dites, qui n'avaient pas nécessairement les moyens de prendre une assurance de ce type-là parce qu'ils n'avaient pas... ils ont des revenus qui sont minimums, minimaux. Et, bon, ça devient comme... Alors, moi, je pense que...

Pour ce qui est du problème intergénérationnel, c'est un peu plus délicat. Vous allez en convenir qu'on ne choisit pas d'être vieux, on ne choisit pas d'être malade. Ce n'est pas comme avec la SAAQ, comme vous dites, la SAAQ... ce n'est pas une question de survie, la SAAQ, ce n'est pas une question d'impératif, alors que la santé, les médicaments, les soins de santé, c'est un impératif, et je ne crois pas que les gens choisissent d'être malades ou de consommer plus ou de coûter... puis je ne pense pas qu'on décide de coûter plus cher à la société, même si, inévitablement, c'est ce qu'on retrouve pareil, là, sur le terrain.

Par contre, là où vous amenez un bon point, selon moi, c'est que, effectivement, pour les jeunes familles, les jeunes travailleurs, qu'ils soient dans le privé ou qu'ils soient avec... avec un régime privé là où ils travaillent ou qu'ils soient dans le public, effectivement, que ce soit un ou l'autre, on retrouve des jeunes qui ont des familles à faire vivre et qui n'ont sûrement pas les moyens de payer, et que ce serait peut-être intéressant pour le gouvernement de regarder s'il ne pourrait pas y avoir des mesures de compensation via des crédits d'impôt. Mais c'est une bonne suggestion que vous amenez. Il faudra voir comment ça pourrait être applicable, là. Mais je pense que votre deuxième suggestion est peut-être plus réaliste, à mon oeil à moi, je pense que... De l'autre côté, on ne choisit pas d'être vieux, et je pense que ces gens-là ont pour leur dire qu'ils ont contribué à bâtir le Québec, ils sont impliqués socialement, ils ont une contribution sociale qui n'est pas négligeable, et ça, là, c'est ce que ces gens-là préconisent particulièrement.

Moi, je ne sais pas si vous avez des commentaires à émettre et, par la suite, je vais passer la parole à mon collègue.

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

M. Tittley (Étienne): C'est évident qu'on a des commentaires à émettre là-dessus, on va se comprendre. La première des choses, ça a un lien avec le député de L'Assomption qui parlait de la position de la FADOQ. On va se comprendre, là. Notre position, elle n'est pas à l'égard des personnes âgées de 65 ans et plus. On considère qu'il vient un temps effectivement où on a fait notre part et que, au Québec, on a fait un choix très clairement, un choix collectif très clair qui est d'aider les personnes sur assistance sociale puis les personnes âgées de 65 ans et plus dans le coût de leur thérapie médicamenteuse. Ça, c'est un fait. Puis, d'une manière bien personnelle, là, je ne vois pas comment on pourrait imposer une prime en fonction du risque réel à une personne âgée de 75 ans, ça pourrait représenter 2 500,

ou 3 000, ou 3 500 \$ par année si on assurait son risque réel. Donc, notre position, elle est à l'égard des travailleurs, des adhérents travailleurs entre eux, donc de 18 à 64 ans, ceux qui ont un lien d'emploi puis ceux qui sont en mesure de pouvoir... Puis je trouve ça important de faire cette nuance-là.

Par ailleurs, quand vous me dites qu'on ne choisit pas d'être âgé, on ne choisit pas d'être malade, oui, c'est un fait, je vous le reconnais. Par contre, moi, personnellement, je ne choisis pas d'être un mâle célibataire en bas de 30 ans sans enfant quand vient le temps de renouveler mes assurances automobiles, et c'est pour ça que je n'ai pas la voiture que je veux parce que ça me coûterait 150 \$ par mois assurer la voiture que je voudrais bien avoir.

Donc, à ce moment-là, on a tous des caractéristiques comme individu; on est avantagé sur certains points, on est désavantagé sur certains autres. Puis vous remarquerez, au sens large, là, les primes d'assurance automobile diminuent au fur et à mesure qu'augmenteraient les primes d'assurance médicaments, puis, au bout de la ligne, dans notre poche, il sortirait à peu près la même chose, tu sais. Donc, on appelle ça une corrélation négative.

Une voix: ...chose pour la santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous voulez ajouter quelque chose, M. Roberge.

M. Roberge (Jean-François): Oui, ça va être très bref. C'est quand même paradoxal de voir que, quand ça fait l'affaire de tout le monde, sauf des jeunes, d'avoir un régime d'assurance qui se tient, hein, parce qu'on n'a pas un régime d'assurance en ce moment, on a une espèce de fonds d'assurance... Ce n'est pas de l'assurance, ce n'est pas vrai, là, O.K.? on va se parler. Ce n'est pas un régime d'assurance, on n'assure pas un risque. On crée des régimes, des vrais régimes d'assurance en fonction du risque quand c'est les jeunes qui ramassent la facture. Et, quand il est question où, finalement, les jeunes seraient avantagés parce qu'ils représentent un risque moindre, bien là on dit: Bien là, pensez-y, vous allez faire payer des primes élevées à des gens qui sont âgés, non, non, non, non, non, non, non; voyons, on fait payer des primes élevées quand c'est des jeunes qui ont des primes élevées à payer, mais, quand c'est les gens qui sont plus âgés, qui ont 50, 50 ans, pensez-y, ces gens-là ont déjà contribué... Bon. Voyons donc, là! Si on le regarde froidement, je pense qu'en toute logique... j'aimerais juste avoir 50 ans aujourd'hui pour vous le dire et avoir une crédibilité autre que celle que j'ai en ce moment.

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

M. Gautrin: J'ai deux remarques à vous faire. Je comprends ce que vous dites. C'est toujours intéressant de faire le débat avec vous. Ce que vous amenez, c'est bien intéressant. Lorsque vous dites: C'est un système d'assurance... et je vous donnais un autre critère, et vous allez voir à quel point, lorsqu'on multiplie les critères, on arrive à des choses qui ne

tiennent pas debout. Et puis, après, je ferai un deuxième commentaire.

• (22 h 20) •

Il y a un autre élément qui... et c'était témoigné depuis longtemps aujourd'hui: Plus on est riche, moins on consomme de médicaments et, plus on est pauvre, plus on consomme de médicaments. Donc, le risque de consommer des médicaments est plus important pour les personnes pauvres que pour les personnes riches. Vous m'avez soulevé la question: Trouvez-moi un autre facteur de risque que strictement l'âge — et je ne dénie pas que l'âge est un facteur, je suis d'accord avec vous — donnez-moi un autre facteur de risque, et je vais vous dire, la richesse serait aussi un facteur de risque, parce que, plus on va être riche, mieux on va être en santé. Et vous savez comme moi, la paupérisation est un phénomène aussi de malnutrition et de mauvaise santé, donc de consommation de médicaments. Vous voyez donc que, si je prends cet élément, je peux arriver à des éléments qui sont... Je ne suggère pas à l'heure actuelle qu'on diminue les primes pour les personnes les plus riches. Ce n'est pas ça que je vous dis. Mais, vous voyez, si je prends des facteurs de risque poussés à l'extrême, on arrive à des positions.

L'autre point sur lequel je vous entends... Parce que les facteurs de risque ne sont pas les mêmes. Et l'âge est un élément sur lequel... dans l'ensemble de votre vie, vous allez finir un jour par vieillir, et, dans le fond, ce qu'il faut calculer, ce n'est pas la prime annuelle que vous payez mais peut-être l'ensemble de la prime sur votre vie. Et ce que vous nous dites ici: Répartissez-là... au lieu de prendre la prime moyenne... répartir sur la vie, faites en sorte qu'elle puisse être allégée au début de la vie et un peu plus lourde lorsque les gens sont un peu plus à l'aise, de manière à alléger les personnes plus jeunes. Parce que, si je reprends — excusez-moi d'utiliser un terme — l'intégrale, en quelque sorte, des primes sur l'ensemble de votre vie, vous allez finir par payer le même montant, et c'est la répartition en fonction de la variable âge qui devient pertinente.

Ce que vous nous dites aujourd'hui, vous nous dites: Tenez compte du fait que les personnes les plus jeunes ont une moindre capacité de payer que les personnes plus âgées et faites en sorte qu'on puisse alléger, en quelque sorte, les primes pour les personnes les plus jeunes par rapport aux personnes plus âgées. Tout en étant conscients que, à la fin de notre vie — et le «notre», ça s'adresse à vous — vous finirez par payer les mêmes primes, parce que, si vous avez 20 ans aujourd'hui ou 30 ans aujourd'hui, vous aurez 40 ans dans 10 ans et 50 ans dans 20 ans, etc. Et c'est ça un peu que je comprends chez vous. Parce que, si je...strictement sur les facteurs de risque à court terme, ce n'est pas la même nature qu'une automobile, où là, réellement, vous conduisez une automobile ou vous cessez de conduire une automobile, etc. Vous n'allez pas le faire toute la durée de votre vie. Tandis que l'adhésion au régime d'assurance médicaments, il va être pour la totalité de votre vie, du moins si tant est que vous continuez à vivre ici, au Québec.

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

M. Monzée (Joël): Je crois qu'il y a plusieurs choses qui sont importantes. Étant donné que la richesse apporte la bonne santé, l'objectif de la lutte contre la pauvreté devrait essayer d'aider un maximum de gens à être un peu plus riches. Donc, c'est certain qu'il y a un certain nombre de choses qui sont importantes. Quand on parle de retours d'impôts, que ce soit... Éventuellement, ça pourrait être des chèques, comme on rembourse la TVQ, ou la TPS avec le fédéral. Il y a différents moyens. Peut-être qu'à terme il faudrait penser aussi à encourager toute la prévention contre la maladie. Puis, ça, c'est vrai que ce sont des choses dans lesquelles on n'est pas vraiment rentrés, parce que ce n'est pas le lieu. Mais pourquoi est-ce que les personnes qui vont s'inscrire à des «fitness», qui vont aller à toute une série de massages, de l'homéopathie et autres ne pourraient pas être encouragées d'une manière ou d'une autre? Or, ce qu'on constate actuellement dans les fonds de recherche qui sont dépensés au Québec et au Canada, vous savez, il y a seulement environ 4 % de la recherche qui est attribuée à la santé publique. On focalise beaucoup — et je pense que c'est important — sur le médicament, mais il y a probablement d'autres choses à valider sur le côté pour pouvoir justement essayer de limiter...

Une voix: ...

M. Monzée (Joël): C'est un long débat dans lequel je ne vais pas rentrer, mais ça vaut la peine.

Puis l'autre chose aussi quand on parle de, éventuellement, trouver d'autres mécanismes que simplement d'augmenter systématiquement la prime comme on le fait pour l'instant, c'est que, quand vous gagnez aux alentours de 17 000 \$ par année, vous payez l'entièreté de la prime. Quand on payait 175 \$ par année, on pouvait encore imaginer que c'était quelque chose de gérable, 175 \$ par rapport à 17 000 \$. Ici, on parle de 422. Dans les documents d'il y a deux ans, pour la dernière consultation parlementaire à ce propos, Mme Marois avait déjà fait des projections de 550 \$, et, quand on regarde le rapport de M. Montmarquette, c'est certain que ça va augmenter de plus en plus. Donc, il faut vraiment trouver une autre manière d'arriver à financer le système et... S'il vous plaît?

M. Gautrin: Ou à moduler la prime.

M. Monzée (Joël): Ou à moduler la prime d'une manière autre pour pouvoir arriver à permettre à un système qu'il puisse être viable. Je pense que, quand on parle de moduler la prime en fonction de l'âge... Vous savez, les adhérents sont en général dans des situations de travail précaires. On en a assez parlé dans le reste de la journée, je ne vais pas redéfinir les choses. Mais, quand on est en début de carrière dans un travail atypique, comme travailleur autonome ou autre, on a quand même une moins grande stabilité financière que quand on a 50 ans où on a démarré son entreprise ou alors on est retombé dans un système plus traditionnel d'emploi. Mais ça reste que la précarité des jeunes est quand même quelque chose de très important, et c'est pour permettre à ces jeunes de démarrer leur carrière pour qu'ils puissent contribuer à la richesse et éviter de tomber dans la pauvreté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il ne reste qu'une minute, le temps de...

M. Gautrin: Je vous remercie, vous soulevez tout un débat. Je ne sais pas si vous avez...

M. Tittley (Étienne): J'aurais juste un petit élément. Vous mentionnez que c'est un fait qu'on va payer des primes d'assurance médicaments toute notre vie puis qu'on va finir par devenir plus âgé. On le conçoit, puis c'est tout à fait logique de le croire. La seule chose, c'est que...

M. Gautrin: J'espère et, en plus, je l'espère pour vous.

M. Tittley (Étienne): Oui, oui. Moi, j'y compte bien, remarquez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Tittley (Étienne): La seule chose, c'est que, si on m'ouvrait un compte à la Régie de l'assurance médicaments puis on mettait de côté le surplus de prime que je payais pour financer le manque à gagner que je vais devoir absorber plus tard — on appellerait ça un fonds puis on appellerait ça une assurance... Mais là le problème, c'est que le groupe, il est réévalué à chaque année, et la prime est réévaluée à chaque année. Donc, il n'y a rien qui me garantit que, parce que je paie des primes élevées, je vais avoir mes primes stables plus tard. Donc, votre modèle, il tiendrait le coup, il tiendrait la route, puis, sauf votre respect, si...

M. Roberge (Jean-François): Si c'est un fonds, c'est un fonds; si c'est une assurance, c'est une assurance.

M. Gautrin: Si le système était en équilibre.

M. Tittley (Étienne): Si on évaluait mon risque sur 20, 30, 35 ans puis qu'on me chargeait la prime en conséquence. Mais là, à chaque année, on évalue le risque du groupe en question, et les primes peuvent changer d'une année à l'autre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, malheureusement, c'est tout le temps qui est à notre disposition. Alors, MM. Roberge, Monzée et Tittley, merci d'avoir accepté de participer à la commission. Je trouve que vous vous êtes très bien défendus.

Alors, j'inviterais maintenant le représentant, le Dr Paul Saba, de La Coalition des médecins pour la justice sociale, de bien vouloir prendre place.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, nous allons donc poursuivre. Nous accueillons maintenant le Dr Saba. Bienvenue, Dr Saba, à cette commission. Alors, je vous rappelle que vous avez 15 minutes pour nous présenter votre mémoire et qu'il y aura par la suite une période d'échange avec les parlementaires.

La Coalition des médecins pour la justice sociale

M. Saba (Paul): D'accord. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Dr Saba.

M. Saba (Paul): Merci. Malheureusement, je suis tout seul ce soir, mes collègues sont débordés dans les salles d'urgence.

La Coalition des médecins pour la justice sociale est un organisme à but non lucratif qui milite en faveur de la conservation et l'amélioration de notre système de santé public gratuit et accessible pour tous. Deuxièmement, La Coalition des médecins pour la justice sociale croit qu'une société juste doit permettre l'accès gratuit aux médicaments pour les gens à faibles revenus. La proposition du ministère de la Santé d'augmenter les primes et les coassurances est déraisonnable et met en péril la santé de la population la plus vulnérable ici, au Québec. Ces mesures réduisent leur accessibilité aux médicaments essentiels et provoquent des milliers d'hospitalisations ou transferts dans les CHSLD et même des décès, tel que confirmé par le rapport Tamblin. Pendant ce temps, les compagnies pharmaceutiques s'enrichissent sur le dos des démunis.

• (22 h 30) •

Notre Coalition revendique toujours la gratuité des médicaments pour toutes les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. Nous sommes également contre toute augmentation de prime et de coassurance.

Les effets de l'influence des compagnies pharmaceutiques sur la pratique des médecins sont bien connus. Les compagnies pharmaceutiques dépensent davantage pour la promotion et l'administration que pour la recherche et développement.

Dans *American Journal of Medicine* 1982, 46 % des médecins affirment que les représentants des compagnies pharmaceutiques influencent leurs choix de médicaments. Dans un autre journal, *General Internal Medicine* 1990, le tiers des résidents avouent avoir changé leur façon de prescrire à la suite d'informations fournies par les représentants des compagnies pharmaceutiques. 90 % des médecins avouent avoir donné des échantillons d'un médicament au détriment de leur premier choix qu'ils auraient prescrit. Les médecins aussi bien que les politiciens, d'un point de vue éthique, doivent limiter la publicité des compagnies pharmaceutiques envers le corps médical. Les médecins doivent refuser des cadeaux et repas gratuits offerts par les compagnies pharmaceutiques. En anglais, on dit: «No free lunch».

Plus neuf n'est pas nécessairement mieux. Beaucoup de médicaments moins récents sont encore excellents. Jusqu'à 20 % des nouveaux médicaments ont des effets secondaires inconnus qui nécessitent leur retrait du marché de toute urgence; tout récemment, l'exemple du Seldane, et c'est publié dans le *Journal of the American Medical Association* du mois de mai 2002. Moins de 10 % des nouveaux médicaments apportent vraiment des avantages. Les autres n'offrent que des améliorations cosmétiques.

La Coalition croit qu'il est possible d'offrir la gratuité pour les patients à faibles revenus sans entraîner de coûts supplémentaires par les propositions suivantes.

Premièrement, enseigner aux médecins à prescrire des médicaments de même efficacité mais à moindre coût, par exemple en utilisant les médicaments génériques plutôt que brevetés. Une meilleure formation des médecins à prescrire des médicaments moins cher occasionnerait une économie supplémentaire d'au moins 20 % ou 376 millions de dollars sur une facture de 1 088 000 000 \$. Il faut offrir une formation neutre et objective aux médecins sur les nouveaux médicaments; il est aberrant de laisser des compagnies pharmaceutiques donner cette formation. Regardons là où des progrès dans ce domaine ont été réalisés; nous avons l'exemple de Terre-Neuve et du Labrador, où le gouvernement, en travaillant avec les médecins et les pharmaciens, a pu réaliser des économies de 9 % avec seulement un groupe de médicaments dans le traitement contre les ulcères. Donc, c'est une économie de 9 % et cette économie ici, au Québec, ça équivaut à peu près à 180 millions de dollars à l'État.

Deuxièmement, une formation des médecins à prescrire moins de médicaments pourrait économiser un autre 10 % ou 188 millions de dollars à l'État. Il est bien connu que les antibiotiques sont trop souvent prescrits pour des infections virales comme le rhume. Ce n'est pas uniquement une question de formation des médecins mais aussi une formation du public en général afin de changer leurs perceptions. Souvent, les gens croient que, si le médecin ne prescrit rien, ils ne guériront pas.

Troisièmement, le gouvernement pourrait négocier de meilleurs prix avec les compagnies pharmaceutiques, par exemple, grâce au partenariat avec d'autres provinces; une économie potentielle de 10 % ou un autre 188 millions de dollars.

Ces économies totales sont de l'ordre de 762 millions de dollars ou 40 % de la facture.

De plus, nous proposons:

4. de n'ajouter au plan d'assurance médicaments que les nouveaux médicaments, souvent plus cher, à moins que ceux qui ont une valeur réellement thérapeutique supérieure et qui apportent des avantages plus que cosmétiques;

5. que le gouvernement investisse dans la formation de la pratique des ordonnances;

6. sur la Table de concertation, que les compagnies génériques soient représentées;

7. sur la Table de concertation, qu'un expert pharmacien et un expert médecin soient présents pour apporter l'expertise quant aux coûts et à l'efficacité des médicaments;

8. sur la Table de concertation, que deux représentants citoyens soient présents: un représentant des aînés et un représentant des malades;

9. sur la Table de concertation, qu'il soit représenté un membre des infirmières.

Autres recommandations à long terme:

10. un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Québécois et Québécoises. Ceci aura pour effet de répartir les coûts et donc de diminuer les coûts des primes d'assurance médicaments. Notons également qu'un tel système coûterait moins cher aux particuliers qui cotisent actuellement à des compagnies

d'assurances privées. De plus, instituer un système universel pour toutes et tous pourrait diminuer les prix des médicaments dans la mesure où le gouvernement les négocierait en plus grande quantité avec les compagnies pharmaceutiques;

11. finalement, d'écourter la durée des brevets de 20 ans. C'est dans le domaine fédéral, mais la province de Québec a un rôle à jouer dans cette solution à long terme.

La population du Québec est au courant que les assistés sociaux sont souvent des mères monoparentales. Les personnes âgées sont souvent des veufs qui sont pauvres. Nous avons une obligation morale et sociale de les aider. Ça n'a pas de bon sens d'enlever des médicaments à ceux et à celles qui en ont besoin. Faire autrement mais pas dans l'esprit et le cœur de nos concitoyens.

J'espère que le gouvernement aura le courage et la volonté de modifier ses conclusions et faire de vrais changements dans la Loi d'assurance-médicaments pour améliorer la santé de nos malades et assurer l'accessibilité aux médicaments essentiels pour tous. Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, Dr Saba. Je vais donc céder la parole au ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux. M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Dr Saba, également, pour votre présentation, votre contribution à nos travaux. Il y a une chose qui me frappe dans un premier temps. Bon, vous suggérez un certain nombre de moyens. Les trois premières mesures que vous suggérez pourraient déjà, selon vos estimés, représenter des économies de 40 % de la facture, 762 millions de dollars. Sur quoi basez-vous de façon un peu plus fine ces estimés-là? Seriez-vous en mesure de nous transmettre des compléments d'information sur la méthode ou les méthodes utilisées?

M. Saba (Paul): Oui. Par exemple, au niveau des médicaments à moindre coût, on sait par exemple que des médicaments génériques... Je vais vous donner un exemple. Les médicaments contre les ulcères, il y a l'oméprazole, ça coûte à peu près à l'État 2,20 \$ chaque comprimé; cimetidine, c'est à peu près 0,10 \$ le comprimé; ranitidine, un autre, à peu près 0,20 \$. Donc, les nouveaux médicaments peuvent coûter 2 200 % plus cher que les anciens. À Terre-Neuve, avec le changement des médicaments pour le traitement des ulcères, juste dans cette catégorie, tout le plan a fait une économie de 9 %, dont 1 % de plus parce qu'il y a beaucoup d'autres médicaments, des médicaments contre l'arthrose. Tout récemment, il y a une recherche qui démontre que les tout nouveaux ne sont pas nécessairement... moins des effets secondaires. Donc, un estimant de 10 % d'économie, c'est très conservateur. J'imagine qu'on peut aller à plus que 10 %. On peut aller à 20 %, même plus, mais nous avons utilisé 10 % parce que... Et ensuite il y a d'autres économies. Je pense que j'ai mis ici 20 %. J'ai aussi calculé les autres catégories de médicaments, comme pour l'arthrose, les antibiotiques, dont au moins on peut avoir 10 %, 20 % aussi, c'est raisonnable.

● (22 h 40) ●

L'autre chiffre que j'ai utilisé... une formation des médecins à prescrire moins de médicaments, 10 %, parce que souvent.... Par exemple, les antibiotiques, il y a des recherches qui démontrent qu'ils sont surprescrits, par exemple pour le rhume, des études aux États-Unis que nous avons, 30 % jusqu'à 50 %. Donc, avec l'influence des compagnies pharmaceutiques de prescrire souvent pour toutes sortes de maladies, si nous avons une formation dans l'autre sens, de prescrire moins et prescrire quand il est nécessaire... Parce que ce n'est pas les... C'est vrai que les patients, souvent ils viennent et demandent des médicaments, mais c'est à nous, les médecins, de décider si on va prescrire. Et, avec le marketing des compagnies pharmaceutiques maintenant à la télévision aux États-Unis et partout dans les journaux, ça aussi, ça a une influence perverse sur des patients de chercher toujours des solutions par les médicaments.

Ça, c'est des estimants. Les meilleurs prix des médicaments... L'État sera capable de négocier des meilleurs prix. On sait par exemple qu'au Mexique des médicaments sont à peu près 10 % de moins. C'est actuellement 11 % de moins. On sait aussi que des médicaments dans les hôpitaux ça coûte moins cher que dans les pharmacies. Et, si nous avons... le gouvernement... de négocier peut-être en partenariat avec les autres provinces, si on achète en gros, une quantité plus grande, on peut aussi facilement négocier un meilleur prix.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Oui. Très bien. Ce qui m'amène en tout cas à vouloir avoir davantage peut-être de détails, si vous voulez nous en transmettre, sur la façon de calculer vos économies. Je vous donnerais un exemple. Au niveau de votre première proposition, vous dites... bon, essayer, au fond, de faire davantage appel à l'utilisation de médicaments génériques. Or, dans des régimes équivalents dans d'autres juridictions où le médicament générique est davantage utilisé, on observe une croissance des coûts équivalente à celle qu'on connaît ici, par exemple, en Ontario, 16, 17, 18 % d'augmentation dans le coût du régime. Donc, est-ce que c'est vraiment générique ou pas générique qui fait la différence? Est-ce que ce n'est pas davantage le volume des médicaments prescrits qui explique essentiellement la croissance qu'on connaît ici comme ailleurs?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Dr Saba.

M. Saba (Paul): Oui. Il y a des deux. Je pense qu'il y a deux phénomènes. Un, c'est... Je retourne. Souvent, les compagnies... Je vais donner un exemple, la sinusite. Le médicament indiqué pour la sinusite, le premier choix, encore, c'est Amoxicilline, pour les sinusites, à moins que les gens soient allergiques à Amoxicilline. Ça va coûter environ 12 \$, 15 \$ pour une ordonnance d'Amoxicilline pour les sinusites. Mais je vois beaucoup de mes collègues qui prescrivent des nouveaux... certains... même des plus récents. Et c'est vrai que les nouveaux médicaments sont efficaces, et

même plus efficaces qu'Amoxicilline, et vont complètement tuer tous les microbes possibles qui existent dans les sinus, mais ce n'est pas nécessaire. Et souvent, nous sommes influencés par les compagnies pharmaceutiques disant: Écoutez, est-ce que vous voulez faire la guérison de votre patient? sois assuré qu'il est guéri? Et nous sommes influencés de prescrire des nouveaux qui vont coûter 50, 60, même 100 \$ pour une ordonnance. Et ce n'est pas nécessairement la meilleure façon. Je ne dis pas que mes collègues font des mauvais choix au niveau de traiter des patients, parce que les patients seront guéris, mais, à long terme, il y a des problèmes de résistance... Il y a le coût d'abord, le problème de résistance et, si le patient a plusieurs infections, il n'y a pas beaucoup de choix qui nous restent surtout si le patient développe une résistance. Donc, il y a une influence par des compagnies pharmaceutiques, un effet qui n'est pas le meilleur effet pour les habitudes de mes collègues et nos médecins.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, il reste deux minutes, M. le ministre.

M. Bertrand (Portneuf): Deux minutes seulement? Je n'en reviens pas! Bon. O.K. Alors, j'y vais rapidement. Remarquez que je suis sensible à... en tout cas à la sensibilisation que vous faites entre bien sûr le rôle des compagnies pharmaceutiques, la formation des médecins et donc la pratique.

Une brève question. Dans votre deuxième, «une formation des médecins à prescrire moins de médicaments pourrait économiser...», bon, etc. Est-ce qu'il est possible de penser également à une sensibilisation, à une formation sur d'autres prescriptions que de médicaments...

M. Saba (Paul): Absolument.

M. Bertrand (Portneuf): ...par exemple, en intégrant davantage des...

Une voix: ...

M. Bertrand (Portneuf): Non, mais la prévention. Le traitement du cholestérol, par exemple; dans le temps, on prescrivait une meilleure alimentation puis davantage d'exercice. Est-ce que la solution facile ce n'est pas de prescrire le médicament?

M. Saba (Paul): Oui, vous avez raison. Et je viens de revenir d'une marche de 10 jours jusqu'à Gatineau, ensuite à Ottawa, avec un monsieur de 96 ans, pour promouvoir plus d'activité physique chez les jeunes. Alors, c'est la prévention à long terme. Et je souhaite que notre gouvernement va continuer et va encourager plus d'éducation physique dans les écoles dans cette lutte pour la prévention des problèmes d'obésité, cholestérol, cardiovasculaires. Parce qu'il faut regarder toujours à long terme. Et j'ai beaucoup d'espoir parce que, ici, au Québec, on a un sens de communauté. Et je pense qu'il y a certaines choses qu'il est très important de... prendre soin de nos jeunes, de nos personnes âgées, et regarder à long terme. Donc, c'est pourquoi je suis ici ce soir et je vous remercie pour vos commentaires.

M. Bertrand (Portneuf): C'est moi qui vous remercie, Dr Saba.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre, c'est moi qui... M. le ministre, j'ai erré moi-même. C'est moi qui suis allée trop vite. Alors, il vous reste cinq minutes, M. le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bertrand (Portneuf): Ah oui? Fantastique! Il me semblait! Ha, ha, ha!

M. Saba (Paul): Je pensais que j'étais libéré par vous, mais non.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Saba (Paul): Non. J'apprécie beaucoup vos commentaires. Non, mais vous pouvez continuer.

M. Bertrand (Portneuf): Bien, je pousserais tout simplement peut-être un peu plus sur l'idée. Comment pouvons-nous carrément, soit dans la formation ou autrement, arriver à faire en sorte qu'on intègre davantage dans la formation clinique ces éléments de prévention qui m'apparaissent tellement évidents? Et pourtant ça ne se fait pas. Même que j'ai plutôt tendance — ma lecture — à considérer qu'on a tendance à opposer l'activité clinique et la prévention.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Saba.

M. Saba (Paul): Oui. Je pense que c'est un problème aussi de... Moi, comme médecin, dans notre formation, on est formé pour traiter, curatif. Il faut que nous intégrions dans notre... Le Collège des médecins... du Québec, maintenant, ils encouragent la promotion d'activité physique chez les jeunes. Ça fait partie de nos ordonnances, ça doit être de prescrire un programme d'activité physique chez nos jeunes et chez les adultes, les personnes âgées. Et ça, c'est très important.

● (22 h 50) ●

Je retourne aussi dans les écoles. Ce serait très important, j'aimerais que le ministère de l'Éducation soit ici ce soir, parce que, ça, c'est une chose qui est un investissement à long terme. Et je sais même en parlant avec des professeurs d'école et des directeurs d'école... même souvent les directeurs étaient des anciens éducateurs physiques qui avaient toujours le choix entre anglais, français, les maths, tout ça, les sciences, puis l'activité physique. Mais c'est tellement important parce que même la performance scolaire s'améliore avec plus d'activité physique, et ce n'est pas au détriment des autres sujets. Et une meilleure alimentation, c'est important à long terme. Moi, personnellement, et notre Coalition, on croit dans le système public et, si on veut le sauvegarder, il faut essayer de diminuer les coûts. C'est pourquoi la présentation aujourd'hui, c'est surtout comment le gouvernement peut faire des économies. Parce qu'on ne peut pas dépenser... ce n'est pas juste un... le gouvernement n'est pas un Père Noël. On est au courant de ça. Mais on veut quand même préserver le

système et renforcer le système public pour les raisons que vous avez déjà présentées, pour assurer l'équité, continuer à être des bons samaritains pour nos personnes à faibles revenus, les personnes âgées. Mais ça doit être partie aussi de nos pratiques comme médecins, mais aussi ça doit être intégré dans le système d'éducation publique parce que c'est dans le système public qu'on peut assurer l'activité physique... avec l'augmentation de la télévision, deux parents qui travaillent et les coûts d'aller dans les programmes parascolaires...

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente.

M. Saba (Paul): Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Merci, Mme la Présidente. Alors, je voudrais vous souhaiter la bienvenue, Dr Saba. Je vous remercie d'être parmi nous.

J'aimerais revenir un tout petit peu sur la prévention, parce que le dernier groupe en a parlé et vous en avez parlé également. Ce qui est important de considérer à mon avis, c'est que, avec le virage ambulatoire, la désinstitutionnalisation qu'on vit depuis les dernières années, j'ai un peu un problème parce qu'on a tendance à considérer le médicament comme un corps étranger au reste du système de la santé, alors que, à mon avis à moi, le médicament fait directement partie de la prévention. On fait une médecine aujourd'hui qui est beaucoup plus préventive que curative et cette façon de procéder là, je pense qu'elle amène des économies substantielles importantes au niveau des autres composantes de la santé. Alors, il faut arrêter de dire que, si on faisait de la prévention, on consommerait probablement moins de... Il y a de ça, mais j'ai juste à prendre l'exemple du cholestérol, vous savez très bien, Dr Saba, qu'on a beau dire à quelqu'un de prendre du lait écrémé puis de la margarine, ça ne contrôlera pas son cholestérol comme on s'attend à le contrôler aujourd'hui. Autrefois...

Une voix: ...

Mme Boulet: Non, non. Ça ne change rien non plus. Autrefois, on disait: Bien, le cholestérol est un petit peu élevé...

Une voix: ...

Mme Boulet: ...il est un petit peu élevé, puis on peut le tolérer, alors qu'aujourd'hui on sait très bien que, si on ne tend pas vers la norme, le plus près possible des normes, les gens vont se ramasser... il y a plus de risques qu'ils se ramassent à l'hôpital avec un infarctus, avec un ACV. Et vous savez que le médicament fait partie intégrante de la prévention, parce qu'on ne fait pas une médecine... Aujourd'hui, on fait une médecine beaucoup plus préventive que curative et il y a des économies à ça également. Alors, il faut être capable de... Là, on n'est pas capable de savoir combien d'argent

on sauve, mais c'est quelque chose qui serait fort intéressant.

Au niveau des soins hospitaliers, je peux vous donner l'exemple de la dépression. Auparavant, les gens allaient passer minimum trois semaines par six mois à l'hôpital à essayer de contrôler leur médicament anti-dépresseur, alors qu'aujourd'hui, avec les anti-dépresseurs efficaces qu'on a sur le marché, les gens sont très bien contrôlés et ils n'ont pas besoin d'aller à l'hôpital. Alors, il y a une économie qui se fait puis une médecine préventive qui est née de l'efficacité du médicament et du virage ambulatoire.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Saba.

M. Saba (Paul): Je suis d'accord. Il y a deux parties au niveau de la prévention: il y a des choses pour prévention au niveau qu'on peut... non pharmaceutiques, non médicamenteuses, et aussi prévention comme prévenir des infarctus. Par exemple, on donne souvent des aspirines, des petits «baby aspirines». Ce n'est pas trop cher. On essaie de diminuer le taux de cholestérol beaucoup plus qu'on a... souvent, on est capable... C'est vrai, pas tout le monde est capable de faire de l'exercice deux, trois heures. Mais on ne demande pas deux, trois heures. On demande 30 à 60 minutes par jour.

Une voix: ...

M. Saba (Paul): Et une meilleure diète, oui. Mais il y a des gens, même avec le contrôle diète, qui ont besoin des médicaments.

Mme Boulet: ...

M. Saba (Paul): Ce que j'ai présenté, il y a des coûts et des... Il faut comparer. Il y a des anciens médicaments anticholestérol qui sont très efficaces. Ce n'est pas nécessairement les plus neufs qui sont nécessaires. Mais il faut qu'on regarde ces études... que, nous, les médecins, sommes formés... Ils ont fait les recherches aux États-Unis où ils ont envoyé une lettre aux médecins, un bulletin disant: Regarde, ça, c'est les prix de tel médicament; ça, c'est les coûts. Ça, c'est surtout sur, par exemple, les médicaments anti-ulcères, beaucoup d'études ont été faites dans ce domaine. Et les médecins ont changé leur façon de prescrire juste avec une lettre envoyée aux médecins.

Il y a peut-être dans le cabinet où je travaille — je travaille aussi à l'urgence — mais peut-être une dizaine de problèmes qui comptent parmi quelque 70 % de la pratique, je peux vous les dire ici: les bronchites, le diabète, la haute tension. Et, si nous sommes formés à comment mieux prescrire à moindre coût, ça va faire une économie au gouvernement. Mais le gouvernement doit investir. Parce que, s'il y a de l'argent disponible pour la formation des médecins, des meilleures pratiques de médecine, je vous assure que les universités, les centres universitaires vont donner des cours quand les fonds seront disponibles. Mais il faut que le gouvernement crée un besoin sur la formation des médecins pour prescrire à moindre coût les médicaments les plus efficaces parce que, si on veut

sauvegarder le système d'assurance médicaments, il faut investir une partie pour la meilleure formation de nos médecins.

Mme Boulet: Alors, ça, je suis entièrement d'accord avec vous.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Merci. Un autre exemple que je peux vous donner, c'est quand on donne des médicaments pour les ulcères gastriques. Vous savez qu'auparavant on opérât beaucoup pour les ulcères gastriques, et, à cette heure, on n'opère presque plus pour ça.

M. Saba (Paul): Mais les compagnies, elles exagèrent le prix du développement.

Mme Boulet: Oui.

M. Saba (Paul): Le prix du développement, les études... démontrent à peu près 105... disons, entre 75 à 300 millions de dollars. Peut-être que c'est environ 150 millions de dollars pour le développement d'un nouveau médicament. Mais ce n'est pas aux Québécois de défrayer toutes les dépenses de la recherche, parce qu'on utilise, au Canada, à peu près 2 % de tous les médicaments, au Québec, un quart, 0,5. Peut-être notre responsabilité, c'est vers 20 millions de dollars, ou quelque chose comme ça, ou même moins. C'est beaucoup exagéré ce qui existe au niveau du développement... les dépenses pour le développement et la recherche des médicaments. Et la recherche dans *Journal of the American Medical Association* a démontré que jusqu'à 20 % des nouveaux médicaments, ils ont des effets secondaires néfastes qu'ils sont obligés de les retirer du marché. Ce n'est pas nécessaire toujours de sauter sur les plus neufs, les plus récents, et c'est ça qu'on essaie d'expliquer. Et nous avons besoin d'une meilleure formation. Et, si on attend pour... et beaucoup de nos programmes d'éducation continuent, c'est payé par des grosses compagnies pharmaceutiques. Donc, ils ont un intérêt pour pousser, encourager l'utilisation des médicaments les plus neufs.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Il y a un autre fait aussi important à considérer, c'est qu'il y a des maladies pour lesquelles on n'avait pas de traitement autrefois et aujourd'hui on en a, et ces molécules-là vont être appelées à coûter de plus en plus cher. Si je pense au Remicade, à l'Enbrel, toutes les nouvelles molécules biologiques, il y a un coût de société.

Il y a également une chose qui est importante selon moi, c'est que les pharmaciens vont être appelés éventuellement à jouer un rôle très important quant aux médicaments de première, deuxième et troisième génération. Si on a déjà un rapport qualité-coût, une efficacité thérapeutique qui est valable avec la première génération, pourquoi on passerait avec la molécule nouvelle qui est plus dispendieuse? Mais ça, c'est sans

considérer qu'il y aura toujours une pression de la population, du patient qui va demander au médecin: Écoutez, il y a une nouvelle molécule qui est sortie; mon voisin la prend; elle est plus efficace, elle est plus performante. Et ça, ça existe dans les cabinets de médecins à l'heure actuelle. Il y a une pression de la population quant à avoir toujours ce qu'il y a de mieux. Et ça, c'est très, très présent à l'heure actuelle.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Saba.

● (23 heures) ●

M. Saba (Paul): Nous avons besoin des outils... de la recherche, qu'il y ait des recherches qui existent déjà et des comparaisons entre des médicaments que je peux montrer aux... Souvent, je prends un guide avec mes patients et j'explique: Ça, c'est le premier choix dans le guide Stanford, par exemple, au niveau antibiotique. Et ça, c'est important pour former nos patients que toujours prendre un antibiotique le plus neuf, ce n'est pas dans leur intérêt. Nous avons aussi une formation de... comment éviter la pression.

Deuxièmement, je pense que des compagnies pharmaceutiques essaient de juger le prix du médicament. Par exemple, elles vont dire: Regarde le coût pour faire une opération pour les ulcères, ça coûte tel montant, 500 \$ par exemple, et notre médicament, ça coûte seulement 150 \$. Elles disent: Voilà, c'est une économie. Mais, moi, quand je sauve la vie d'un patient, je ne dis pas: Regardez, j'ai sauvé votre vie, vous gagnez tel montant d'argent, moi, je veux... vous devez me rembourser tel millier de dollars pour toute votre vie. Ce n'est pas juste... Il faut regarder les prix, le coût de la recherche, que tout soit ouvert, payer des prix raisonnables.

Aussi, il faut savoir que beaucoup de la recherche n'est pas sur des médicaments innovateurs. Ces derniers 10 ans, à peu près 7 % des médicaments sont innovateurs, 93 % sont des médicaments... au lieu de les prendre trois fois par jour, c'est une fois par jour. Donc, avec la loi de 20 ans, le droit de breveter de 20 ans, ça décourage les compagnies pharmaceutiques d'être innovatrices, parce que, pour elles, c'est moins rentable de produire un nouveau médicament ou une nouvelle molécule que d'utiliser un ancien et peut-être changer la façon de le... la posologie; au lieu de prendre ça trois fois par jour, on peut le prendre une fois par jour, ou par un patch. Et, chaque fois qu'elles font un changement comme ça, elles donnent un autre 20 ans, donc ça peut aller à 20 ans, à 40 ans, à 60 ans pour la loi de breveter.

Mme Boulet: Elles vont utiliser la molécule en la modifiant légèrement puis elles vont...

M. Saba (Paul): Oui, et c'est au détriment de la santé et de la recherche.

Mme Boulet: Bon. J'ai une autre question, docteur. Vous dites que nous avons l'exemple de Terre-Neuve et du Labrador. Est-ce que vous êtes capable de nous expliquer ce qui se fait là, au niveau de la gestion thérapeutique, au niveau de l'encadrement des médecins et de leurs prescriptions?

M. Saba (Paul): Oui. Qu'est-ce qu'ils ont fait? J'ai invité le Dr Turner, qui a fait une présentation ici, au Québec, il y a deux ans, et je peux vous envoyer... c'était dans le *Canadian Medical Journal*, le journal médical du Canada. Ce qu'ils ont dit... Ils ont encouragé des médecins à prescrire du ranitidine au lieu d'oméprazole. Et ils disent: Si vous avez besoin d'oméprazole, juste nous appeler, toujours c'était... expliquer pour quelles raisons. Parce que la recherche démontre que l'efficacité des deux était aussi efficace. Peut-être le patient était déjà sous l'ancien médicament, donc il a besoin du nouveau. Dans ce cas-là, ils ont accepté. Ils n'ont jamais refusé la demande du médecin pour utiliser le médicament le plus cher. Mais des médecins, avec la sensibilisation des anciennes molécules, ils ont utilisé davantage les anciens et ça a fait une économie de 9 % du régime d'assurance médicaments totale.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, il vous reste à peu près trois minutes. Mme la députée.

Mme Boulet: J'aurais une dernière question. Vous parlez à la toute fin, là, d'une recommandation à long terme en parlant du régime d'assurance universel. Vous n'êtes pas le seul qui êtes venu nous parler de ça... qui préconise un régime universel. Ce qu'on n'est pas capable de savoir, c'est... il n'y a pas personne qui est capable de nous montrer des études économiques, avec des chiffres, comme quoi que ce serait quelque chose que le gouvernement pourrait prendre entièrement à sa charge. Est-ce que l'État a la capacité financière de prendre tout ça à sa charge et est-ce qu'il n'y a pas un risque de monopole à ce moment-là? Ça ne vous inquiète pas de savoir que, bien, que ce soit tout le privé ou tout le public, qu'il n'y ait qu'une seule institution qui gère ça et qui peut décider d'indexer, d'augmenter les hausses, et comme bon lui semble, parce qu'à la limite elle n'a plus de compétiteurs ou elle n'a plus de barèmes de comparaison pour la contrôler... Est-ce que vous n'avez pas certaines inquiétudes par rapport, un, au monopole et, deux, vous pensez qu'au niveau économique... vous dites que ça pourrait permettre... les gens coûteraient moins cher aux particuliers. Il ne faut pas oublier que dans le privé on ne leur paie pas que les médicaments, on leur paie les frais hospitaliers, on leur paie les lunettes, on leur paie le dentiste, on leur paie tout ça là, alors qu'à l'heure actuelle le régime d'État ne paie que les médicaments. Alors, c'est deux mondes.

M. Saba (Paul): Je pense que...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, alors Dr Saba.

M. Saba (Paul): Pardon. Je pense que je vais répondre... je ne vais pas vous donner une réponse de politicien. Je vais dire, honnêtement, notre groupe n'a pas fait l'étude sur le plan universel, sauf qu'on a... Non, je ne dis pas ça méchamment, je dis juste que nous n'avons pas étudié ça; ça, c'est notre prochain projet. On n'a pas... oui, on n'a pas... Mais la chose que... le système public au niveau de maladie, assurance maladie, c'est moins coûteux au niveau des frais d'administration

de la recherche. C'est bien démontré aux États-Unis où ça peut aller jusqu'à 20 %. Ici, au Québec, c'est 2 %. Les coûts de système de santé privé aux États-Unis, c'est beaucoup plus coûteux, au moins deux fois au niveau des dépenses, qu'au Québec et au Canada. Et l'étude récente au niveau des hôpitaux privés et des hôpitaux publics, vous avez plus de chances de mourir dans un hôpital public... pardon, privé aux États-Unis, 2 % de plus, que dans un public. Donc, moi, j'ai confiance dans le système public. La recherche démontre que c'est supérieur.

Et, quand ils ont comparé aux États-Unis des HMO, «health maintenance organizations», à but lucratif et à but non lucratif, l'accès aux médicaments était supérieur dans les «health maintenance organizations» à but non lucratif, disons publics. Et chaque fois qu'on a un système public, la majorité des gens, ils sont en meilleure santé et, quand on a un système privé, des démunis, des gens à faibles revenus souffrent.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, vous avez eu le mot de la fin, Dr Saba.

M. Saba (Paul): Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Merci pour votre participation à cette commission. Là-dessus, j'ajourne donc les travaux à demain matin, jeudi le 30 mai, à 11 heures, ici, en cette même salle.

(Fin de la séance à 23 h 7)

