



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 30 mai 2002 — Vol. 37 N° 66

Consultations particulières sur le projet de loi n° 98 — Loi
modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et
d'autres dispositions législatives (3)

**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 jeudi 30 mai 2002

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) et Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et préretraité(e)s, section Sherbrooke (AQDR)	1
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)	10
Mémoires déposés	19
Remarques finales	19
Mme Julie Boulet	19
M. François Legault	20

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

- * M. Alvin Comeau, AQDR, section Sherbrooke
- * Mme Margot Lavoie, idem
- * M. Yvon Rousseau, idem
- * Mme Yolande Richer, AQDR
- * M. Myroslaw Smereka, idem
- * M. Alain Bureau, APES
- * Mme Linda Vaillant, idem
- * Mme Manon Lambert, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 30 mai 2002

Consultations particulières sur le projet de loi n° 98

(Onze heures onze minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission reprend ses travaux, la commission des affaires sociales, 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. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) va être remplacé par M. Gautrin (Verdun); Mme Rochefort (Mercier) par M. Williams (Nelligan).

Auditions (suite)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous fais lecture de l'ordre du jour. Immédiatement, nous allons rencontrer les représentants et représentantes de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées et l'Association québécoise de droits des retraité(e)s et des préretraité(e)s, section Sherbrooke. Alors, ces deux groupes... Nous reviendrons tout à l'heure sur la procédure à suivre. À 12 heures, à midi, nous rencontrons l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; à 12 h 45, les remarques finales; à 13 h 15, l'ajournement.

Alors, sans plus tarder... Je sais qu'il s'agit de deux groupes actuellement. Vous aurez 10 minutes, 10 minutes pour faire la présentation de vos mémoires et, par la suite, nous procéderons aux périodes de questions. Alors, il a été entendu, entre les groupes, que les premiers représentants que nous entendrons sont ceux de l'Association québécoise de droits des retraité(e)s et des préretraité(e)s de la section de Sherbrooke.

Alors, je cède immédiatement la parole à M. Alvin Comeau pour la présentation de votre mémoire. Je sais que vous êtes accompagné de M. Yvon Rousseau de même que de Mme Margot Lavoie. Alors, je vous cède la parole, M. Comeau.

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

M. Comeau (Alvin): Alors, voilà, vous avez le texte en main nécessairement. On sait que la Loi de l'assurance-médicaments du Québec est partie un peu rapidement. C'est M. Guy Breton qui le dit dans son rapport. Si on avait pris un peu plus de temps, possiblement qu'on aurait pu arriver à une loi qui aurait été plus viable. On sait aussi que le cheminement a été

rapide, c'est-à-dire qu'on est passé de 2 \$ par ordonnance, avec un maximum de 100 \$, pour arriver aujourd'hui à des chiffres assez considérables concernant la participation des personnes âgées.

On a dit un peu partout que le régime public d'assurance doit s'autofinancer. Je pense que c'est une notion fondamentale. Et, si on dit ça des fois, on oublie des principes fondamentaux aussi concernant une assurance et surtout une assurance publique. Un des principes fondamentaux, c'est qu'il y a une question de risque. Toute assurance quelle qu'elle soit, que ce soit publique ou privée, je pense qu'il faut se baser sur une notion bien simple qui est une notion de risque, c'est-à-dire la possibilité de se servir effectivement des bénéfices d'une assurance.

Le deuxième principe majeur, la médication, c'est une partie d'un tout. On ne peut pas détacher ça du système de santé. Il faut absolument voir aussi les autres soins qui sont rattachés et les conséquences qu'il pourrait y avoir avec la diminution de la prise des médicaments. C'est bien clair.

Pour étayer un petit peu notre mémoire, on s'est penché sur la caractérisation des clientèles du public et privé. Vous le savez tous, je n'ai pas besoin d'en dire plus, vous connaissez la clientèle du public, les personnes âgées, les assistés sociaux, ceux qui sont sur l'assistance sociale, etc., plus les adhérents qui étaient les personnes finalement qui, avant la loi, n'avaient pas d'assurance pour les raisons qu'on connaît. Il faut mentionner aussi que les enfants et les étudiants de 18-25 ans... gratuitement. Donc, globalement, ça, c'est la clientèle spécifique du régime public.

Si on s'en va à la page 7, vous avez aussi une caractérisation de la clientèle du privé. C'est les employés de la grande entreprise québécoise du parapublic, les professeurs, les employés des grandes sociétés québécoises, etc. Donc, vous avez une autre clientèle qui, elle, d'une part, est probablement plus à même de payer des frais, d'une part. Deuxièmement, c'est des gens qui sont salariés et qui ont, en tout cas, excusez l'expression, un «bracket» de 25 ans à 55 ans. Donc, le risque n'est pas là.

Donc, ce qu'on dit, c'est que le régime actuel, de toute façon, même avec les modifications, est non viable, non viable, à moins qu'on accule les personnes âgées à un déficit au point de vue monétaire. On peut s'imaginer un petit peu ce que ça veut dire pour une personne âgée qui a un revenu de 12 000 \$ par année, qui reçoit une facture de 422 \$ à la fin de l'année. Vous pouvez vous imaginer aussi ce que ça veut dire, un couple qui fait à peu près 17 000 \$ par année, ils reçoivent une facture, à la fin de l'année... ils vont recevoir une facture, à la fin de l'année, de 844 \$. Vous pouvez vous imaginer un petit peu ce que ça veut dire dans la pratique.

Donc, les recommandations... Je veux vous mentionner aussi que, ce que vous avez dans vos mains, ça a été écrit selon les événements, là, c'est-à-dire la

déclaration de Mme Marois, d'une part, deuxièmement, le rapport Montmarquette, troisièmement, la Loi sur l'assurance-médicaments. Nous, on a pensé de vous faire... en tout cas, de vous donner certaines pistes de solution, et vous avez ça à la page 10. On voudrait, par ces pistes de solution là, sortir du modèle existant et qui semble vouloir se perpétuer, sans égard à sa faiblesse, ses inéquités et sa complexité administrative.

Le rapport Montmarquette a mentionné à un moment donné qu'ils seraient tout à fait d'accord avec une espèce d'assurance vieillesse. Le rapport Clair a dit à peu près la même chose. Et il y a un monsieur, à un moment donné, qui a dit, tout de suite après sa nouvelle nomination au Conseil des ministres, que l'idée d'une caisse santé serait peut-être intéressante. Et c'est pour ça que vous avez... À la page 11, nous, on dit: Oui, une caisse santé, mais une caisse santé qui irait effectivement pour des besoins spécifiques, c'est-à-dire que l'assurance médicaments serait à l'intérieur d'une caisse santé. Il y aurait les soins à domicile, qui ne sont pas adéquats, qui devraient être dans ça aussi, l'acquisition de nouveaux équipements médicaux technologiques de diagnostic. On dit qu'il y a des équipements dans les hôpitaux qui datent de 25 ans, qui sont même dangereux dans certains cas. Et, malheureusement, on n'a pas toujours les sous. On disait dernièrement qu'il y a pratiquement 1 milliard qui a été donné aux diverses provinces canadiennes par le fédéral, et on disait, dans un article de journal, il n'y a pas tellement longtemps, qu'on a perdu la trace de ça. Il faut racheter spécifiquement des équipements médicaux. Le tableau que vous avez là, c'est un tableau... une tentative qui pourrait être applicable à l'assurance médicaments mais qui pourrait être applicable aussi à une caisse santé.

● (11 h 20) ●

Je vous mentionne que, depuis le dépôt du premier projet de loi à aujourd'hui, on est passé effectivement d'un système, d'une mesure sociale, c'est-à-dire qu'on payait 2 \$ — c'était tout près finalement de la gratuité — à, aujourd'hui, une somme assez astronomique pour chacun d'entre nous. À ce moment-là, ce qu'on dit, nous autres: On devrait valoir autant que les personnes âgées de l'Ontario qui, elles, paient 2 \$ par ordonnance et, dans un cas, n'ont pas de primes, et les autres, c'est 6,11 \$ et avec une prime de 100 \$. Ça, c'est l'Ontario. Il n'y a pas de pourcentage, remarquez bien, parce que les personnes âgées, on ne peut pas jouer avec des pourcentages parce que, nous, depuis 10 ans, ou 15 ans, ou cinq ans qu'on a pris notre retraite, notre revenu n'a pas augmenté ou très peu. Alors, voilà donc ce qu'on propose, c'est-à-dire un schéma.

Le financement, maintenant. Ce serait quoi, le financement d'une caisse santé dans laquelle il y aurait une assurance médicaments? Employeurs et employés, parce que les employeurs paient déjà 50 % d'une prime d'assurance; les bénéficiaires à la retraite; vous avez les prestataires d'assurance emploi qui normalement devraient être entièrement payés par le Québec; et finalement Loto-Québec. Et je mentionne rapidement que Loto-Québec fait des profits de 1 666 000 000 \$ par année et, à notre connaissance, c'est à peu près 3 millions qu'ils versent à la Santé.

Nous avons fait une étude relativement courte de la politique de Loto-Vermont qui consacre 21,5 % de

ses revenus à l'éducation. Vous avez la province du Nouveau-Brunswick, elle, c'est 12 % pour diverses actions caritatives ou autres, de sorte qu'on se dit: Pourquoi que Loto-Québec, on ne pourrait pas aussi faire notre part et on pourrait dire: Jouez prudemment, mais jouez pour la santé.

Vous avez, en dernière page, en corollaire...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En conclusion, M. Comeau.

M. Comeau (Alvin): En conclusion, vous avez en corollaire, donc, la position claire et nette de notre Association, un régime universel, un régime pour tout le monde, donc, et finalement un régime qui ferait en sorte que les personnes âgées ne seront pas pénalisées encore davantage par un système qui nous apparaît inéquitable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, M. Comeau. Vous êtes vraiment dans le temps. Alors, je vais maintenant céder la parole à l'autre groupe, c'est-à-dire aux représentants et représentantes de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, c'est-à-dire Mme Yolande Richer, Mme Monique Côté-Petit et M. Myroslaw Smereka. Alors, bienvenue également, et je vais céder la parole à Mme Yolande Richer. Vous avez 10 minutes également pour la présentation de votre mémoire, Mme Richer.

Mme Richer (Yolande): Merci bien, madame. Je vais passer la parole à M. Myroslaw Smereka qui a participé à la présentation et à la préparation de notre mémoire, qui pourra parler un peu plus des subtilités de tableaux, etc.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Smereka, vous avez la parole.

M. Smereka (Myroslaw): Alors, merci à tous. Effectivement, c'est une position qui a été adoptée à l'unanimité par notre conseil d'administration mardi, il y a deux jours. Il faut comprendre que le texte s'insère, avec son titre *L'assurance médicaments, un acquis social vide de justice sociale*, dans la perspective que l'AQDR est un organisme dont la mission principale est la défense collective des droits. Donc, comprenez bien que c'est le fondement même de notre Association.

Dans un premier temps, on présente ce qu'est l'AQDR. On dit, dans le texte: C'est sûr qu'il y a beaucoup d'éléments dans le projet de loi n° 98, mais on se concentre sur trois: l'historique du régime; le projet de loi lui-même et son document d'accompagnement; et finalement, la priorité à la justice sociale afin d'assurer une couverture universelle entièrement publique.

On se rappelle qu'on a un régime, et on le dit très souvent, depuis le 1er août 1996, mais qu'en était-il avant? D'où, à la page 3, on cite un passage d'un mémoire de l'Association québécoise des propriétaires pharmaciens, en février 2000, qui, je pense, résume bien, succinctement, qu'est-ce qu'il y en avait auparavant: «C'est que l'assurance médicaments est le troisième volet du système québécois d'assurance santé, après les soins hospitaliers, en 1961, et les soins

médicaux, en 1970.» Donc, les médicaments et les services pharmaceutiques ont fait l'objet d'assurances publiques dès 1972 alors que la RAMQ a commencé à défrayer les médicaments et services pharmaceutiques pour les prestataires de la sécurité du revenu.

Par la suite, de 1974 à 1978, l'admissibilité au régime d'assurance médicaments s'est progressivement étendue à l'ensemble des Québécois âgés de 65 ans et plus. Donc, de 1977 à 1993, à toutes fins utiles, c'était la gratuité pour les personnes âgées. En 1994, on aborde la question de 2 \$ par ordonnance puis, en août 1996, on arrive avec la notion du régime et ses grands quatre paramètres financiers qui sont: une prime, une franchise, une coassurance et un plafond maximal mensuel. Et on classe, évidemment, les aînés en trois catégories: ayant le maximum du supplément de revenu garanti, partiellement ou pas du tout. Et puis la prime, elle, a connu ce qu'on a communément appelé: être le taux d'ajustement du système, c'est-à-dire qu'elle était de 175, 350, 385, et on vise le 422. Le premier tableau qu'on indique en page 3, c'est la contribution des aînés excluant les primes. Donc, avant 1994, gratuité, et vous voyez, systématiquement, de 1994 à 1999 — les sources sont du ministère — qu'on passe à au-delà de 200 millions de dollars. Et, ça, ça exclut — et j'insiste — les primes.

Donc, à partir de la page 4, on le voit bien, là, si on regarde effectivement la contribution des aînés, toujours en excluant les primes, le deuxième tableau montre, pour ce qui est du coût net des ordonnances, qu'est-ce que ça coûte au gouvernement en ce qui a trait aux médicaments consommés par les personnes âgées. On s'aperçoit que l'introduction, en août 1996, du régime a fait en sorte que, l'année précédente, ça coûtait 585 millions, ça avait baissé à 563, parce que ce n'est même pas une demi-année. Mais, l'année suivante, en 1997, ça ne coûtait plus que 470 millions. Donc, ce que ça coûtait net, sans les primes, sans compter qu'on ajoute les primes, c'était déjà en fait une économie pour le gouvernement pour ce qui était du coût des médicaments que devait payer le gouvernement pour les personnes âgées. Et c'est dans ce sens-là qu'à la page 5 on souligne un peu certains commentaires en regard de la notion de la consommation par les aînés.

On indique aussi maintenant la question des primes. Et la chose la plus curieuse pour nous, c'est que très rarement le gouvernement, explicitement, décortique les primes parce que, fondamentalement, il faut aller au rapport annuel de la RAMQ et dans les pages comptables, à la fin, on voit un total qui est versé du fonds consolidé et qui est la somme des deux: adhérents et personnes âgées. Sauf que, dans leur document qui était *Pistes de révision*, en février 2000, on voit le petit paragraphe qui nous permet de voir la répartition entre adhérents et personnes âgées pour ce qui est des primes, donc 62 % pour les adhérents et 38 % de la somme, c'est les aînés, donc on est capable de dire combien.

De là, on retourne avec un autre tableau, à la page 6, qu'on prend du mémoire de l'Association québécoise des propriétaires pharmaciens. Encore là, le régime a été créé — la deuxième colonne le dit — permettant que, entre 1995 et 1998, donc avant le régime et après le début du régime, le gouvernement a

économisé sur le dos des aînés 120 millions de dollars. C'est-à-dire que, même s'il y avait plus d'aînés, même s'ils consommaient plus, eh bien, ce que ça coûtait au gouvernement, parce que maintenant les aînés devaient contribuer, c'était 120 millions de dollars de moins qu'en 1995. D'où, dans ce sens-là, on mentionne dans l'avant-dernier paragraphe de la page 6 que la consommation des personnes âgées dans la période 1995-1998 a augmenté de 20 % mais, en ce qui concerne ce que ça coûtait net au gouvernement, ça coûtait 20 % de moins.

Alors donc, il faut aussi, selon nous, clarifier les missions du régime parce que, dans le fond, comme on le dit en haut de la page 7: «Le régime finalement est le lieu de rencontre de trois missions politiques: soit celle de la santé, soit celle sociale ou de solidarité et celle de développement industriel.» Ces trois objectifs sont louables mais, afin qu'on puisse dire est-ce qu'on en a assez pour notre argent lorsqu'on investit, on ne doit pas mêler trois objectifs qu'on essaie d'atteindre avec un seul instrument.

On attire l'attention sur le petit détail de politique de développement. Nous avons eu l'occasion dans d'autres instances de critiquer la règle de 15 ans. Là, on dit: Bien, on s'aperçoit que, pour l'année 2001, le gouvernement a versé par le fonds consolidé 9 millions de dollars. Dans le dernier rapport annuel, on le voit. Mais, annuellement, c'est une subvention de 25 millions et c'est même mentionné dans le rapport Montmarquette. Donc, il y a encore un effort, selon nous, pour le gouvernement, s'il veut vraiment séparer la mission développement industriel du reste, d'augmenter ce 9 millions à la vraie hauteur de ce qu'est la subvention annuelle qui est plutôt, comme Montmarquette le dit, 25 millions de dollars.

● (11 h 30) ●

On rappelle aussi que le gouvernement semble toujours oublier les aînés. Comme, par exemple, dans le cadre de son document de politique de lutte à la pauvreté qui s'appelle *Ne laisser personne de côté!*, on a eu l'occasion, comme association, de mentionner au ministre responsable que c'était curieux, mais nulle part on parlait des aînés comme étant pauvres, comme si, le matin du 65 ans, ils se réveillaient puis, tout d'un coup, ils étaient riches.

Alors donc, on arrive à la deuxième partie qui est le projet de loi n° 98, et là, simplement, on présente les modifications qui ont un impact sur les personnes âgées, donc, à la page 8. On regarde aussi le document même qui accompagne, et là on attire l'attention sur la comparaison des tableaux 7 et 8 qui sont là, surtout le 8, tableau 8 de ce document-là, pour dire: Bien, écoutez, ça n'a pas de bon sens, 32,5 % de l'ensemble de la hausse des dépenses d'une année à l'autre, 2001-2002 à 2002-2003, du gouvernement va être accaparé par le régime, c'est effrayant. Si on regarde le détail — et, on le voit, on l'a fait pour vous — en comparaison à la page 9, dans les faits, si on prenait les chiffres réels et non pas comparer un début d'année prévu avec des choses qui devraient être, là, mais si on disait effectivement dans la première année qu'est-ce qui a été dépensé avec ce qui sera dépensé l'année qui suit, ce n'est plus 32 %, mais, oui, effectivement, 20 %.

Alors donc, la suite. J'attire votre attention à la page 10 où, là, on a présenté la ventilation du budget du

programme d'assurance médicaments, c'est-à-dire ce qui émerge à travers ce qui est utilisé pour payer pour et par les bénéficiaires qui sont les personnes âgées. Et on attire l'attention que — juste au dessus du tableau — pendant la période 1997-2000, la hausse des coûts bruts des médicaments était de 56 %, mais la contribution des aînés, cette fois-ci incluant les primes, était de 54. Donc, on ne considère pas qu'on est un fardeau, mais, au contraire, qu'on fait une contribution adéquate avec l'évolution.

La dernière section, c'est celle de la notion de... Oui, nous défendons le régime universel public, oui, il a été peu développé ou souhaité de ne pas être développé, mais, en l'an 2000, dans le document des pistes, on en mentionne. On cite aussi, à l'époque, les échanges entre le ministre de la Santé et l'AQDR qui nous révélaient que, dans le fond, on avait mis les personnes âgées dans le coup pour payer, parce que, jadis, elles étaient pauvres, puis, maintenant, comme il y en avait beaucoup moins qui étaient sous le seuil de la pauvreté, elles étaient donc riches. Bon, et on vous le cite.

Et, pour terminer, par conséquent, on vous présente les différents scénarios qui ont été illustrés à l'époque. Tous avaient, en l'an 2000, la même caractéristique, ça coûtait plus cher pour les aînés.

En terminant, les trois recommandations, c'est la mise sur pied d'un régime d'assurance médicaments universel et public, la mise au rancart du projet de loi n° 98 et le développement d'une politique globale sur les médicaments, incluant une révision des politiques concernant l'industrie pharmaceutique afin de contrôler les coûts des médicaments et des mesures visant la pratique des médecins en matière de prescriptions. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. Smereka. Alors, comme il s'agit de deux groupes qui ont décidé de joindre leurs efforts, je m'adresserais à Mme Richer pour les réponses aux questions et qui, elle, pourra diriger. Ou si, par contre, quelqu'un d'entre vous souhaiterait lui répondre, vous avez seulement qu'à me faire signe.

Alors, M. le ministre, sans plus tarder, je vous cède la parole.

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Bon, d'abord, je voudrais remercier Mme Côté-Petit, Mme Richer, M. Smereka, Mme Lavoie, M. Comeau et M. Rousseau pour leur présentation ce matin, présentation aussi...

Bon, je vous dirais que le titre, je le trouve un petit peu dur, là, de dire: *L'assurance médicaments: un acquis social vide de justice sociale*. Bon, je voudrais peut-être revenir justement, quand il s'agit de justice sociale, bon, il faut quand même rappeler, là, que les enfants ne paient pas, les prestataires d'assistance emploi ne paient pas de prime, les personnes âgées qui reçoivent le maximum de soutien de revenu garanti ont une limite mensuelle de 16,66 \$, ne paient pas de prime, les personnes âgées qui reçoivent un SRG partiel paient un maximum de 45,67 \$ par mois, paient une prime qui varie entre zéro et 422 \$ selon leurs revenus, que le maximum pour les autres personnes âgées, c'est 68,50 \$ par mois et... En tout cas, puis que tout ce régime-là coûte au gouvernement, cette année, 1 352 000 000.

Je comprends... J'écoutais M. Smereka nous faire un petit peu d'historique, mais je pense que c'est important aussi de rappeler qu'avant l'instauration de ce régime il y avait au Québec 1,7 million de personnes, d'hommes et de femmes, qui n'avaient pas accès à aucune assurance. Donc, il y a eu une évolution. Donc, c'est important aussi de le rappeler.

Et, bon, vous semblez dire que l'augmentation qui est proposée est trop élevée, que l'État devrait en faire encore plus, je voudrais juste peut-être vous demander une question bien simple, là, parce que, moi, j'essaie de parfois réconcilier l'inconciliable, mais vous nous suggérez qu'on prenne l'argent où pour ne pas augmenter les primes, comme c'est proposé dans le projet de loi n° 98?

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

Mme Richer (Yolande): M. Legault, pour vous répondre, c'est que finalement, depuis quelques années... C'est que le gouvernement nous redit toujours la même stratégie. Les gens sont riches, on parle des gens qui vont dans des voyages quand la réalité... On sait très bien que la réalité n'est pas ça. Alors, je pense qu'on parle beaucoup du comment ça se passe depuis le début du système, mais le pourquoi ça se passe comme ça, je pense que ça, on n'y va pas. On ne veut pas aller dans une analyse, une recherche en profondeur sur savoir le pourquoi, pourquoi le gouvernement manque autant d'argent à un point précis dans notre histoire de l'assurance médicaments. Et c'est ce point-là que nous aimerions toucher surtout, parce qu'on connaît, je pense, les retraités d'aujourd'hui, qui sont des retraités du gouvernement, des retraités de la fonction publique, des retraités du système de santé, d'un peu partout. Ces gens-là savent lire et comprennent ce qui se passe dans les médias, et je pense que ce que l'on veut présentement, je pense, nous tous à la table, ici, c'est de demander où sont les causes. Et ces causes-là, ce ne sont pas les aînés qui en sont responsables, et c'est nous qui avons le fardeau de la preuve, toujours, alors à essayer de prouver que non, non, non, nous avons aussi... Aujourd'hui, nous vous présentons des chiffres qui ont été étudiés, qui sont, pour la majorité, du gouvernement même. Alors, ce que nous voulons savoir, nous, c'est où sont les coûts. Alors, est-ce qu'on peut faire une étude ensemble de voir... Pas une étude, mais, au moins, se partager de l'information à savoir comment se fait-il que les coûts sont devenus... des médicaments sont devenus aussi chers.

Comment se fait-il qu'on s'aperçoit qu'il y a des compagnies pharmaceutiques... Moi, je peux vous dire, là, tout récemment, jusqu'à hier, qu'on disait, par exemple... Parce que, moi, je vous parle d'une comparaison avec les Américains, parce qu'on veut calquer notre système sur les Américains. Parce que ce n'est pas pour rien que le gouvernement veut augmenter les primes et les coassurances, etc. Est-ce que les compagnies d'assurances veulent désassurer? Est-ce qu'un régime qui est supposé, entre parenthèses, être public va devenir privé? En quelque part, nous, nous nous posons ces questions-là. Pourquoi, soudainement, une augmentation vertigineuse des prix, des primes,

etc., du système? Puis, dans la même ligne, on voit les compagnies d'assurances désassurer graduellement, progressivement. De plus en plus, quand on va chez nos assureurs privés, ils se disent: Bien, ça, là, on ne l'assure plus tellement. Alors, est-ce qu'à un moment donné on va en arriver à un plateau où on va dire: Bien, ça coûte trop cher, l'assurance médicaments, vous êtes aussi bien de la prendre privée, elle ne vous coûtera pas plus cher? Alors, ça, c'est une question qu'on se pose, et comme plusieurs autres. là. Alors, ça, c'est où que s'en va le gouvernement avec ça.

● (11 h 40) ●

Alors, ça, là, on s'aperçoit qu'il y a toutes choses qui se passent présentement. Moi, je vais vous donner tout simplement un exemple qui se passe présentement, c'est qu'il y a un recours collectif aux États-Unis sur le médicament tamoxifène qui est pour le cancer du sein. On sait qu'il y a une compagnie, Barr Laboratories, compagnie générique qui a fait une entente avec Astra qui est bien, bien, bien, très bien installée au Québec, la compagnie Astra, qui est une compagnie brevetée, 21 millions pour laisser tomber la poursuite, pour que Barr... que le produit tamoxifène générique demeure à 90 % du prix original de la compagnie Astra. Bon. Il y a des choses qui se passent présentement. Est-ce que ça se passe au Québec? On n'en a aucune idée. Mais ce qui se passe présentement, c'est qu'il y a des ententes secrètes pour garder les prix élevés. Alors, pour simplifier, c'est ce qu'on comprend, c'est que... Est-ce que ça se passe chez nous? Est-ce qu'on a gardé un niveau élevé du coût des médicaments? On n'en a aucune idée, mais on sait que ça se passe présentement avec des compagnies qui sont chez nous.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...Mme Richer. Alors, j'aurais peut-être une suggestion. Étant donné qu'il pourrait y avoir plusieurs intervenants, peut-être qu'on pourrait avoir des questions courtes, mais des réponses courtes aussi parce que le temps est très limité.

Mme Richer (Yolande): D'accord.

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

M. Legault: Oui, Mme la Présidente. Bon, vous parlez, madame, d'un programme qui serait calqué sur les Américains. Juste peut-être vous rappeler qu'il n'existe pas de régime d'assurance médicaments public aux États-Unis. Donc, on a un régime public ici, au Québec. On a une augmentation du coût des médicaments d'environ 16 % par année au Québec, aux États-Unis, dans tous les pays dans le monde, là. Je comprends qu'il y a peut-être des mesures qu'il faudrait regarder au niveau international, mais je veux revenir à savoir qui doit payer. Parce que vous dites: On se rapproche d'un régime privé. Si c'était un régime privé qu'on avait, un vrai régime privé, ce serait en fonction de la consommation. Or, vous savez, les personnes âgées, en moyenne, consomment entre 1 300 et 1 600 \$ de médicaments par année. Les autres adhérents consomment à peu près 500 \$ par année. Or, on a des groupes des jeunes qui sont venus nous dire: Si on veut avoir de l'équité entre les générations, il faudrait

augmenter les primes des personnes âgées. C'était une des suggestions, d'ailleurs... Quelqu'un parlait du rapport Montmarquette, c'était une des suggestions du rapport Montmarquette qu'on n'a pas retenues parce qu'on a dit, pour toutes sortes de raisons: Les personnes âgées ont contribué suffisamment à la société au cours de leur vie, puis on doit, de façon solidaire, avoir une prime qui est équivalente pour tout le monde.

Mais, si on allait vers un régime privé, je peux vous assurer qu'à un moment donné on tiendrait compte des coûts réels. Puis, étant donné que ces coûts réels, pour les personnes âgées, sont deux fois plus élevés que les autres adhérents, on irait vers un régime où les personnes âgées contribueraient bien davantage.

Mais, je voudrais vous entendre, qu'est-ce que vous avez à répondre aux groupes de jeunes qui viennent nous dire: Nous, on souhaiterait que les personnes âgées qui ont des revenus plus élevés contribuent davantage pour qu'il y ait une certaine équité entre les générations? Qu'est-ce que vous avez à répondre à cette suggestion des groupes de jeunes?

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

Mme Richer (Yolande): Moi, ce que...

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

Mme Richer (Yolande): Avant de donner la parole à M. Smereka, j'aimerais juste ouvrir une parenthèse. Quand le régime a été mis sur pied, on sait pourquoi jusqu'à un certain point, c'est le coût des médicaments des malades du sida qui coûtaient extrêmement cher... Ça, ça n'a jamais été dit publiquement, qui coûtaient... À ce moment-là, les cocktails ont commencé pour les personnes du sida. Alors, ça, ça n'a jamais été passé dans les médias, mais on sait que c'est une des raisons pourquoi le régime a été mis sur pied, parce que les médicaments augmentaient en coûts...

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

Mme Richer (Yolande): ...parce qu'il y avait beaucoup... Bon, je laisse la parole à M. Smereka.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Smereka et M. Comeau. M. Smereka.

M. Smereka (Myroslaw): D'accord. Première-ment, dans vos affirmations, j'attire votre attention à notre page 15, en haut de la page, où on cite votre propre document du ministère de l'an 2000 qui dit, pour ce qui est de comment est-ce qu'on financerait ça... C'est votre propre organisme, ministère qui dit: Bien, ça pourrait être financé par les revenus généraux du gouvernement, par une contribution des employeurs qui défraient actuellement en tout ou en partie les dépenses des médicaments de leurs employés, etc. C'est que depuis qu'ils ont dit ça, en l'an 2000... Tant Montmarquette que votre document accompagnateur du projet de loi dit: Bien, nous autres, on ne veut pas parler

du public. Mais, au moins, cette fois-là, ils en parlaient puis ils vous disaient: Bien, écoutez, là, ce n'est pas compliqué, c'est là qu'il faut regarder. Et de un.

Et de deux, l'intergénérationnel, c'est que... Ce qu'on semble oublier, trois personnes âgées sur quatre gagnent moins de 20 000 \$. Alors, là, là, 88 % gagnent moins de 30 000 \$. Et, plutôt que de penser qu'il faut mettre en opposition des générations, comme vous semblez présenter, parce que qu'est-ce que je dirai aux jeunes par rapport à, etc. C'est que vous ne voulez pas, ce qu'on attaque dans le système, ce qu'on subit aujourd'hui dans le système, c'est eux qui vont le récolter. Alors, si on fait la défense collective des droits actuellement, ce n'est pas uniquement à cause que c'est les droits des personnes âgées, parce que ce qui sera le sort des personnes âgées d'aujourd'hui, ce sera le sort et peut-être pire pour ceux qui s'en viennent. Alors, notre solidarité entre ces générations-là, c'est de dire justement à cette génération jeune: Écoutez, nous, là, on sait ce qui s'en vient, parce qu'on a vu ce qu'on avait puis on a vu ce qu'on nous a enlevé, puis c'est peut-être... ça va être pire, ce qu'on va vous enlever, et que ce n'est pas une mesure sociale, ça a été une mesure fiscale, comme on l'a dit dans notre document.

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

M. Comeau (Alvin): Oui, je voudrais juste répondre rapidement à ce que M. Legault demandait. Écoutez, à la page 12, concernant le financement, là, déjà, là, le privé, là, les employés, les employeurs, ils en paient déjà des primes, et ces primes-là sont payées 50-50. Donc, la prime, moi, que je paie... que je vais payer 422, là, c'est déjà divisé en deux, eux autres. Donc, là, si on mettait à contribution... D'ailleurs, c'est votre idée, M. Legault, d'une caisse santé. À ce moment-là, si on disait aux employés, employeurs du Québec: Écoutez, vous allez fournir le même montant d'argent que vous fournissez actuellement au privé, on met ça dans la caisse santé... Deuxièmement, les bénéficiaires à la retraite, on veut payer notre part, on va payer, nous autres aussi. Donc, c'est une partie du financement.

On est d'accord, on dit que la prestation d'assurance emploi, les contraintes sévères à l'emploi, les enfants de 0-18 ans puis jusqu'à 25 ans pour les étudiants... On est d'accord avec ça, il n'y a aucun problème là, excepté qu'on dit: Écoutez, c'est la disparité... l'équité entre un régime public-privé. Le régime privé, actuellement, vous avez des gens qui ne sont pas à risque, vous avez des gens qui ont entre 25 et 55 ans, et nécessairement ils sont capables de payer parce qu'ils ont l'emploi à plein temps puis etc., des assurances, et on dit... Bon, concernant les enfants et concernant les personnes démunies du Québec, je veux dire, c'est normal que la facture soit assumée par le fonds consolidé de la province. Ça nous apparaît normal, ça. Ce n'est pas qu'on ne veuille pas faire notre part par rapport à ça.

Et la caisse santé pourrait faire en sorte qu'on regroupe tout ça, ces montants d'argent là, plus Loto-Québec qui m'apparaît un organisme qui pourrait aussi socialement fournir à la caisse santé. Écoutez, les chiffres, là, c'est 1 466 000 000, là, qu'on donne 300

millions dans cette caisse santé là de sorte que... À ce moment-là, on aura un point de départ où on pourra assurer d'une façon équitable pour l'ensemble des Québécois... Ça nous apparaît extrêmement important, ça.

Donc, les mesures sociales, on est tout à fait d'accord avec ça, excepté que le monsieur et la madame, là, qui sont juste en haut du SGF, là, qui font 17 000, 16 500, là, puis qui prennent deux aspirines par année, bien ils vont payer, à la fin de l'année, 844 \$, eux autres, là, la prime. Deuxièmement, mettons ça un petit peu plus, là, ils en prennent, des médicaments, nécessairement ils vont payer le 8 \$, la franchise, plus 27 % des médicaments. Écoutez, ça va devenir intenable à ce moment-là, d'autant plus que votre projet, il est automatique. Il est automatique, ça veut dire quoi, ça? Bon, on peut en parler de justice sociale.

C'est automatique, ça veut dire quoi, ça? Ça veut dire que, comme c'est actuellement, les personnes âgées fournissent des montants d'argent qui servent effectivement à payer d'autres groupes, dont les adhérents. Alors, à ce moment-là, soyons... Bien, en tout cas, soyons réalistes. Je veux dire, ce n'est pas normal, ça, que l'Ontario, si on se compare à eux autres, là, paient 2 \$ du médicament, puis, au Québec, les personnes âgées qui font 16 000 ou 17 000 piastres par année, qu'ils doivent déboursier, à la fin de l'année, un 844 \$. Je ne trouve pas ça équitable, ça. À ce moment-là, fondamentalement, ce qui existe, c'est que vous avez les personnes... un groupe de personnes qui, eux, sont capables de payer, puis eux ne sont pas malades, et vous avez l'autre groupe de personnes, les moins nantis du Québec, qui doivent autofinancer une assurance. C'est ça, le vice de la procédure.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. Comeau. Il vous reste, M. le ministre, trois minutes.

M. Legault: Oui. Nous nous parlez de la possibilité d'avoir un régime public universel, bon, puis je viens de vous entendre, là, sur, entre autres, la caisse santé. D'abord, juste vous rappeler que, si on regarde tous les médicaments qui sont consommés, le coût de tous les médicaments qui sont consommés par les personnes âgées, actuellement à peu près les deux tiers de ces coûts sont financés à même justement les fonds généraux du gouvernement du Québec. Donc, il y a déjà des efforts qui sont faits de ce côté-là.

● (11 h 50) ●

Je veux revenir à votre proposition. Bon, vous dites: On pourrait financer l'assurance médicaments dans une caisse santé. On pourrait mettre des revenus, par exemple, de Loto-Québec. Bon, juste vous rappeler que les revenus de Loto-Québec, actuellement, sont versés déjà dans le fonds consolidé et servent en grande partie pour les services de santé au Québec, puisque c'est le budget le plus important du gouvernement du Québec. Donc, on ne peut pas les utiliser deux fois, là, les revenus de Loto-Québec.

Donc, je voulais essayer de voir, quand vous parlez... Puis vous donniez l'exemple tantôt qu'une personne qui est dans un régime privé, bien il y a une partie qui est payée par l'employeur, donc n'est pas

assumée finalement... ses coûts se sont pas assumés par l'État justement. J'essaie de voir en quoi le jumelage de l'assurance privée et de l'assurance publique pourrait nous aider à régler nos problèmes, donc c'est-à-dire à exempter davantage certaines personnes, dont les personnes âgées qui sont sur le régime public. Quels sont exactement les buts que vous visez par une proposition où on aurait un régime universel public pour toutes les personnes, incluant celles qui sont du côté privé et qui, actuellement, bénéficient d'une aide des employeurs, là, de 200 millions? Donc, demain matin, on pourrait... on risquerait de perdre cette contribution de 200 millions de la part des employeurs. Donc, de la façon que je le vois, on viendrait empirer notre problème plutôt que de l'améliorer. Comment vous le voyez, là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il reste une minute et demie, M. Comeau.

M. Comeau (Alvin): Mais simplement, je veux dire, écoutez, actuellement, le système public, on est 3 millions. Sur les 3 millions, je ne sais pas combien de millions n'ont pas les sous, puis ils ne sont pas cotisés. À ce moment-là, je me dis: Au lieu d'avoir 3 millions, mettons-nous ensemble, 7 millions, puis la partie que l'employeur donne à l'employé de sa poche pour son assurance, mettons ça dedans. À ce moment-là, en ayant 7 millions dans la cagnotte, vous avez nécessairement plus d'équité parce que c'est l'ensemble de la population du Québec qui va payer effectivement pour les enfants, pour les étudiants et les personnes âgées qui ont des problèmes de santé, etc.

Le gros problème fondamental que je vois, moi, c'est que la notion de risque, ici, n'est pas prise encore en considération. Si, demain matin, moi, je me pars une compagnie d'assurances, puis les deux critères pour ma compagnie d'assurances, c'est de un, d'avoir autant que possible les maisons à risque puis, deuxièmement, autant que possible les gens qui ne sont pas tout à fait capables de payer, je n'irai pas loin avec ma compagnie d'assurances.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Comeau. Alors, je vais céder la parole à Mme la députée de Laviolette. Et, M. Smereka, j'ai senti que vous aviez peut-être des réponses, vous pourrez en profiter lorsque Mme la députée vous questionnera.

M. Smereka (Myrosław): Oui, c'est ça. C'est beau.

Mme Boulet: C'est ça. Alors, je voudrais vous souhaiter la bienvenue, à vous tous, Mme Côté-Petit, Mme Richer, M. Smereka, Mme Lavoie, M. Comeau et M. Rousseau. Je ne sais pas si... Bon, en tout cas, je voudrais vous souhaiter la bienvenue à tous. Et merci de nous faire part de votre mémoire et de ce que vous voyez de façon concrète et tangible sur le terrain.

Je vais revenir tout de suite sur le régime universel. Je me pose la question, je ne sais pas, vous autres, comment vous voyez ça. Un, je me demande, moi, à la limite, si on avait un régime universel, premièrement, est-ce que l'État est capable de payer

pour tous les Québécois, là? Est-ce que l'État a les moyens, premièrement, là, de payer, d'assumer la totalité de la population? Et, deuxièmement, vous n'avez pas certaines craintes par rapport à un monopole qu'il y aurait à ce moment-là? Vous savez, si c'est soit tout le privé ou soit tout le public qui prend en charge tout le monde, vous n'avez pas une certaine crainte qu'à un moment donné, là, quand va venir le temps d'indexer puis de faire des hausses, qu'il n'y ait plus de barèmes, il n'y ait plus de limites, il n'y ait plus de compétition, et qu'on a un unique assureur, et que... Moi, j'aurais certaines craintes par rapport au monopole du marché. Je ne sais pas ce que vous pensez là-dessus, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, j'ai deux mains qui... C'est M. Comeau et M. Smereka.

M. Comeau (Alvin): Mais déjà, madame, de toute façon, tel que proposé dans la loi, avec des augmentations automatiques, je veux dire, qu'est-ce que les compagnies d'assurances, pensez-vous, vont faire... En tout cas, oui, les compagnies pharmaceutiques, plutôt, vont faire? C'est qu'eux autres aussi vont s'organiser pour avoir des augmentations automatiques.

Mme Boulet: Oui, mais là le gouvernement suit un peu la tendance dans le marché privé à l'heure actuelle, là. Alors, je pense que c'est correct, c'est sain comme compétition. Mais, si on a juste un assureur en entier, que ce soit un ou l'autre, là, je me dis: Vous ne craignez pas qu'il y ait un monopole et qu'il y ait une espèce de perte de contrôle sur les augmentations, les indexations dans les années à venir?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vais laisser la parole à M. Smereka, puis peut-être que vous pourrez revenir, M. Comeau.

M. Smereka (Myrosław): D'accord. Parce que, vous savez, la question que vous posez, elle se pose à tout choix de société par rapport à un bien public ou un bien essentiel. Je peux me poser exactement la même question avec Hydro-Québec. Fondamentalement, c'est un choix, et, de la même manière, on s'est posé la question dans les années soixante par rapport à l'hospitalisation. On s'est posé la question dans les années soixante-dix quand on s'est donné une assurance santé. Même à la page 15, on fait une petite citation de l'ex-ministre de la Santé, qu'au début on payait des primes dans notre déclaration de revenus, puis c'est après que c'est devenu à travers nos impôts en général. C'est des choix que l'on fait, et c'est certain...

Par exemple, j'ai pris connaissance du document, en février 2000, de l'Association québécoise des propriétaires pharmaciens, et, pour eux évidemment, l'optique universelle, c'est de la nationalisation. Donc, c'est évidemment une crainte. Mais, en même temps, quand vous avez un payeur unique, comme vous avez dans le système de santé, vous êtes capable de mieux négocier des meilleures conditions. Alors, c'est un choix que l'on fait. Quelle est l'importance stratégique de cette chose dans notre société? Est-ce un bien comme se procurer une automobile? Est-ce que c'est la même chose que quand vous recevez une lettre et vous

félicitant, vous avez gagné un voyage, puis la deuxième lettre que vous recevez, vous avez gagné une opération à coeur ouvert? C'est-u le même genre de chose? La même chose, les médicaments. Est-ce que c'est nous qui décidons que ce sont les médicaments qui sont nécessaires pour nous ou n'y a-t-il pas des prescripteurs, des professionnels de la santé qui décident pour nous que c'est ça qu'on devrait avoir? Alors, à partir du moment qu'on n'a pas le même type de biens, à ce moment-là la société doit se faire un choix. De quelle manière vais-je le faire dans un sens de justice sociale? Et j'attire votre attention au passage qu'on a cité du Protecteur du citoyen comme étant la meilleure solution dans l'optique de justice sociale. Mais, comme je vous dis aussi, l'AQDR est un organisme dont la mission principale est la défense collective des droits. À partir de ce principe-là, nous défendons notre position.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Comeau, en complément de réponse.

M. Comeau (Alvin): Simplement ajouter: C'est le contraire, moi, l'effet d'avoir 7 millions de personnes qui participeraient à un régime, il me semble, moi, que ça ferait en sorte qu'on a plus de poids. Je veux dire, de toute façon, actuellement, là, ce que les compagnies pharmaceutiques... Ce que les journaux nous rapportaient dernièrement, l'industrie pharmaceutique rejette tout partenariat avec Québec. Peut-être que, au lieu d'avoir 3 millions de personnes d'un côté puis 4 millions de l'autre... Si tout le monde, on se mettait ensemble, peut-être que le partenariat avec Québec serait plus facile.

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

Mme Boulet: Oui. Écoutez, pour la justice sociale, vous avez tout à fait raison. Quand vous dites: On aurait plus de poids parce qu'on serait plus nombreux, on aurait peut-être plus de poids, mais beaucoup moins de contrôle, à mon avis. Et ce qu'il ne faut pas oublier également, c'est que dans ce que paient les assureurs privés présentement... C'est parce qu'on compare une pomme avec une orange. L'assureur privé va payer des frais dentaires, va payer l'acupuncteur, le chiropraticien, il va payer des lunettes, il va payer les appareils auditifs, alors qu'on est loin de... On ne compare pas deux choses pareilles, là. Il y aurait tout un réaménagement de tout ça à faire, là, parce que, dans le privé, c'est beaucoup plus large comme protection, comme assurance, là. Ça, vous êtes conscients, hein, M. Smereka?

M. Smereka (Myroslaw): Oui, effectivement, on est conscients mais il faut comprendre aussi... C'est qu'en faisant ces choix de menu, si vous voulez, ils ont une tendance aussi à tout ce qui est risqué, on le tasse ou on augmente les primes en conséquence. Et, par conséquent, c'est là qu'on se... Il y a une problématique, là, qui devient encore le retour à la question de justice sociale. Il faut, avant tout, se dire le... Pourquoi que la société a choisi... Pourquoi qu'en 1996 le gouvernement a choisi que là ce n'était plus de la gratuité, que même le

2 \$ qui était là depuis deux ans, non, il fallait vraiment, tout d'un coup, faire payer?

J'attire votre attention sur l'extrait qu'on a fait de l'ex-ministre de la Santé de l'époque qui dit clairement: Quand vous étiez gratuits parce que vous étiez d'une fragilité économique... Là, il se trouve que, à cause du fédéral, vous avez une pension de vieillesse meilleure, il y en a moins qui sont en dessous, en d'autres termes, du seuil de pauvreté, donc vous n'êtes plus fragiles. Bien, je ne sais pas, des fois on peut se poser la question: Si le fédéral n'avait pas été si généreux, on serait encore avec des médicaments gratuits?

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

Mme Lavoie (Margot): Madame, je j'aimerais vous faire remarquer que les compagnies d'assurances privées sont très sélectives quand ça arrive aux personnes âgées, et ils n'assurent plus, à partir de 65 ans, au moment de la retraite, les lunettes, les soins dentaires et les appareils auditifs. Alors, ils tiennent compte de l'élément de risque, hein, ils les tassent dans le régime public.

● (12 heures) ●

Mme Boulet: ...moi, je parlais de l'ensemble de la population. Écoutez, moi, je suis bien d'accord avec vous. En 1995, on avait la pleine gratuité. Après ça, on est allé chercher, dans les poches des aînés, 35 millions, là, avec le 2 \$. C'est monté au début du régime à 257 millions. Puis, aujourd'hui, on est venu chercher 440 millions. Alors, c'est bien évident que c'est une façon détournée de venir chercher de l'argent supplémentaire dans les poches des gens, là. Des gens qui sont fragiles au niveau économique, vous avez tout à fait raison, que ça soit les aînés ou que ça soit les jeunes qui commencent sur le marché du travail et qui n'ont pas des revenus forts élevés. Vous avez tout à fait raison.

L'affaire, c'est que ça prendrait peut-être un peu plus de transparence dans le régime. Si on était capable de faire la différence entre la portion assistance puis la portion de l'assurance, si on était capable de dire... Les gens qu'on a décidé d'aider, les plus démunis de notre société, les gens pour lesquels on a toujours payé, ça devrait rester une dépense du gouvernement, on ne devrait pas insérer ces gens-là et insérer la dépense qu'ils impliquent avec les assurés qu'on a voulu avantager. Là, c'est que l'on met les deux ensemble et on demande aux adhérents de couvrir, de payer, en fait, une portion de ce que l'assistance nous demande. Et, ça ne devrait pas être comme ça, il devrait y avoir plus de transparence.

Et on devrait également cesser de considérer le médicament comme un corps étranger dans le système de la santé et d'être capable de comptabiliser ce qu'on sauve dans les frais médicaux, les frais hospitaliers, ce qu'on est capable d'épargner dans les autres composantes de la santé puis dire: Bien, écoutez, de façon globale, le médicament, il a sa place, mais il faut la revoir, sa place, il faut cesser de le considérer comme un fardeau. Il faudrait d'abord peut-être considérer les bénéfices qu'il nous apporte aujourd'hui, là. Et je pense que, M. Smereka, vous auriez quelque chose à rajouter?

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

M. Smereka (Myroslaw): Bien, justement, parce que nous aussi, on attire l'attention sur la question assurance versus assistance, et, effectivement, on le dit, là, nous, les adhérents ne paient pas... Dans la logique de l'assurance, les adhérents ne paient pas 100 % de ce qu'ils devraient, ils paient moins que ça, en fait 62 %. Et, dans le fond, ça veut dire que les aînés subventionnent les adhérents, ce qui est un paradoxe dans ce système-là, à côté duquel on dit: Mais, de l'autre côté, le fonds consolidé subventionne les aînés. Oui, mais, à côté de ça, on dit: Notre argent y va par les primes — pas par les franchises, mais par les primes — dans le fonds consolidé. Oui, mais ce n'est pas ça. Puis on cite Mme Malavoy, la députée de Sherbrooke de l'époque, qui disait: Bien, ça ne va pas au fonds consolidé, ça va dans un fonds spécial. Pourtant, en l'an 2000, le document du ministère appelle ça le fonds consolidé. Puis le nouveau document, on ne mentionne plus le mot «fonds consolidé», on appelle ça un programme d'assurance médicaments.

Alors, nous autres, on dit: Écoutez, ça n'a pas de bon sens, comment voulez-vous qu'on comprenne quoi que ce soit là-dedans? Il y a vraiment là, par cette constante dérive du langage... Et, des fois, on a utilisé à un moment dans notre texte l'expression «à la limite de la désinformation». Mais une chose qu'on sait en sortant les données, tel qu'on a dans le dernier tableau, c'est que les aînés, au travers de tout ça, ont payé leur juste part de l'accroissement du coût des médicaments. Et ça, c'est pour nous essentiel, parce que, pour nous, il faut en quelque part combattre quelque chose qui est flottant dans tout ce débat-là, l'âgisme, une discrimination contre les aînés comme groupe.

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

Mme Boulet: O.K. En fait, moi, là, où je vois le problème avec ce projet de loi là, c'est qu'il aurait fallu revenir à l'essentiel, répartir peut-être de zéro. Ça a été peut-être mal fait, mal improvisé. On est parti avec des primes, là... Et, là le danger, ce qui est épeurant, ce qui est inquiétant pour vous, je pense, c'est que ça monte en flèche et qu'on ne sait pas jamais où ça va s'arrêter. Et on parle même dans l'article de loi... Il y a un article de loi qui parle même d'une indexation des trois: de la prime, de la coassurance et de la franchise. Et, on dit qu'on va l'indexer année après année, on ne parle pas sur quelles bases on va l'indexer, on ne parle pas de paramètres. Et là je me mets à votre place, là, puis on se dit: Bien, ça va s'arrêter où? Est-ce que ça va être 500 \$, 600, 700, puis jusqu'à combien? Parce que ce n'est pas demain matin que le coût des médicaments va cesser d'augmenter. Alors, il y a comme une espèce d'inquiétude qui plane, et on n'a pas... Par le projet de loi, on n'a pas mis d'éclairage, on n'a pas essayé d'être plus transparent et de faire en sorte qu'on soit capable, comme vous le disiez, M. Smereka, là, de faire la distinction entre qui paie quoi, puis le gouvernement c'est quoi, sa part dans tout ça. Ce n'est pas clair, là, et là il y a une inquiétude par rapport à l'indexation, j'imagine, là, que...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, j'ai deux personnes, M. Comeau, qui avait déjà levé la main, et M. Smereka.

M. Comeau (Alvin): Pour faire une remarque rapide, actuellement les gens qui signent des conventions collectives — on a la preuve tout dernièrement — des gens qui ont eu 7,7 % d'augmentation, des gens qui ont eu 9 % d'augmentation — des gens qu'on connaît bien — eux autres, ils sont capables de prévoir, pour les cinq et six prochaines années, de quelle nature va être l'augmentation de leur pouvoir d'achat, et votre loi va nous permettre, dans les années à venir — pas si sûr, là — de prévoir la diminution graduelle de nos revenus.

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

M. Rousseau (Yvon): Je voulais ajouter un point.

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

M. Rousseau (Yvon): On posait une question tantôt, à savoir: Pourquoi le régime public? En fait, dans la situation actuelle, le régime privé regroupe les gens qui sont les mieux nantis et qui représentent le moindre risque. Tous les gros risques au plan de la santé se retrouvent dans le réseau public, et c'est là qu'on retrouve les gens les plus pauvres du Québec.

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

M. Smereka (Myroslaw): Succinctement, c'est que pour nous il y a une inadéquation entre le document, qui parle que c'est un droit ou un acquis social, et le projet de loi. Le projet de loi n'a qu'une dimension, celle de coût croissant des médicaments. Point. Et la question, c'est donc: Qui va payer? Bien, avant on n'augmentait que la prime. Là, ça va être bien plus «smooth», il y a quatre paramètres, les quatre vont augmenter. On introduit une nouvelle définition, taux d'ajustement annuel, puis on va publier ça chaque année. Plus de débats, règlement, *Gazette officielle* avant le 1er juillet, et on passe à d'autres choses. Ce n'est pas une préoccupation sociale pour le gouvernement, c'est une préoccupation de trouver des sources de revenus et d'en faire un processus qu'on n'a pas besoin de revenir dessus. C'est un petit peu aussi tannant que lorsque des politiciens municipaux, dont je suis et ai été, ont à augmenter des salaires. On dit: On va prendre un principe, puis là il va s'augmenter, là, tu sais, pour ne pas trop avoir à refaire le débat. Ici, on veut évacuer... Donc, avoir un document de présentation qui parle d'un acquis social et d'avoir un projet de loi qui n'a aucun rapport avec quoi que ce soit de social, strictement où trouver l'argent et faire en sorte que dorénavant on n'ait plus à faire cet exercice-là année après année, c'est ça, pour nous, la frustration.

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

Mme Boulet: Plusieurs ont décrié les associations de personnes âgées. L'AQPP, les pharmaciens, ont décrié la complexité. Je ne sais pas si, en tant que personnes âgées, là, vous êtes capables de me dire si, quand on vous remet une facture à la pharmacie, vous êtes capables de bien la comprendre, parce que, moi, je peux vous dire qu'en tant que pharmacienne on passe des heures et du temps fou à tenter d'expliquer, et je ne suis pas convaincu que la personne part puis qu'elle a bien saisi, parce que c'est tellement complexe, et, d'un mois à l'autre, le même médicament ne vous coûte pas le même montant, et, bon, les associations, là, de pharmaciens, entre autres, ont dit: Bien, ça aurait été peut-être une bonne idée d'abolir la franchise puis de mettre un montant de coassurance un peu plus important pour simplifier dans la pratique, au quotidien.

Le ministre nous disait: Si on abolit la franchise, c'est 80 millions que je perds, et pour le récupérer... Alors, c'est là qu'on voit bien la mission économique et financière du projet de loi. Si j'abolis la franchise, je perds 80 millions. Pour la compenser, il aurait fallu que je monte la coassurance à 40 %. Que ce soit 40 % ou avec la franchise, on vient chercher 80 millions dans les poches des contribuables. C'est la même chose, sauf que, bien évidemment, c'est plus populaire de monter ça de 2 % que de le passer de 25 à 40, là. Ça fait un peu moins crier la population, mais c'est le même argent qu'on vient chercher dans les poches.

Mais, en fait, comment vous trouvez que le système... Est-ce qu'il aurait eu avantage à être simplifié? Parce que, dans la pratique de tous les jours, je pense que vous êtes peut-être en mesure de nous le dire, comment vous le voyez ou comment les gens de chez vous... comment les gens vous traduisent sur le terrain, là, ce qu'ils en pensent.

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

● (12 h 10) ●

Mme Richer (Yolande): Je pense que, premièrement, il faudrait qu'il y ait un contrôle en quelque part sur les médecins qui prescrivent. Quand on dit, là, que, pour 100 prescriptions, on donne 107 médicaments... C'est-à-dire une centaine de visites au médecin, puis on sait que... Bon, à ce moment-là, que le client, qu'il aille à la pharmacie et qu'il ait un compte rendu où il en est rendu dans ses médicaments. On dit qu'il y a les effets secondaires, qu'il y a des effets d'empoisonnement, de toxicomanie qu'on ne parle jamais chez les aînés. Alors, tous ces effets-là, il n'y a aucun contrôle présentement. Et ça, on parle, on dit qu'on veut... Jusqu'à certain point, on se sent dans un ghetto où... Aujourd'hui, on parle de la société... Jusqu'à tout récemment, quand on parlait de la famille, les aînés n'étaient pas là. On parlait des jeunes, on parlait des garderies, on parlait des étudiants, tout ça, mais les aînés, on n'en parlait pas. On était inexistant, invisible. Alors, tout ce qu'on veut, c'est d'être intégré dans le système et d'avoir notre mot à dire, et d'aller voir les causes de ce système, et d'être capable de participer à l'analyse, et de dire: Oui, mais il y a une surprescription de médicaments. Ça, c'est entendu qu'il y a de l'empoisonnement. Il y a des aînés qui en meurent. Ça, ça n'a jamais été étudié, ça n'a jamais été quantifié,

ça n'a jamais été publicisé. Alors, c'est ce côté-là que nous, que l'on dit: Nous payons non seulement cher de notre argent, mais on paie cher de notre vie et de nos maladies, etc. Si on veut garder les aînés en santé, il va falloir savoir... Bien, il faut se prendre en charge. On ne veut pas se faire prendre en charge. On se prend en charge nous-mêmes, mais pas par le gouvernement.

Alors, c'est... On est prêt à faire notre part, mais on est exclu. On est exclu des débats, on nous dit: Bien, tels... Ce sont des experts. On est toujours avisé que c'est un comité d'experts qui a décidé que. Ensuite, nous nous retrouvons à une commission parlementaire pour nous dire que la moitié de nos affaires, ça n'a pas de sens, ça ne s'applique pas. Alors, écoutez, moi, pour avoir participé... Arrivée à une commission parlementaire avec mon brouillon, là, parce qu'on nous avait donné 48 heures. Bon. Alors, c'était pour montrer le ridicule, là, jusqu'à un certain point. Nous ne voulons pas être ici pour amuser la galerie, là, nous voulons... Nous sommes sérieux et nous arrivons ici pour être pris au sérieux. Et je pense que les aînés actuels en ont ras le bol, là, de dire: On nous apporte des choses, on nous renvoie la balle continuellement. Défendez-vous.

Et le manque de transparence. Si on voit présentement, au niveau politique, un désengagement des électeurs et des contribuables, bien c'est bel et bien, justement, avec des positions que vous prenez présentement, parce qu'on s'aperçoit que le manque de confiance, il est aigu présentement. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ceci, malheureusement, met fin au temps... C'est-à-dire tout le temps que nous avons est maintenant écoulé. Alors, il ne me reste qu'à vous remercier, messieurs dames, pour votre participation à cette commission.

Je demanderais immédiatement aux représentants de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec de bien vouloir prendre place étant donné qu'on a un petit peu de retard. Merci infiniment et bon retour.

(Changement d'organisme)

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

Alors, je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, je vous souhaite la bienvenue, Mme Vaillant et Mme Lambert, de même que M. Fortier. C'est bien ça?

**Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec (APES)**

M. Bureau (Alain): Bureau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bureau. M. Bureau. Alors, M. Fortier est absent, c'est ça? Alors, vous représentez l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Nous avons 45 minutes ensemble, dont 15 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, je vous cède la parole immédiatement, Mme Vaillant.

Mme Vaillant (Linda): Merci bien. Alors, bonjour à tous. D'abord, je tiens évidemment à remercier les membres de la commission des affaires sociales de permettre à l'Association d'exprimer son point de vue sur le projet de loi n° 98 qui modifie la Loi sur l'assurance médicaments.

Donc, effectivement, je suis accompagnée, ce matin, d'Alain Bureau, qui est premier vice-président pour l'Association, et de Mme Manon Lambert, qui est directrice générale à l'APES.

D'entrée de jeu, je tiens à mentionner que les pharmaciens d'établissements ont développé une expertise certaine dans le suivi de l'utilisation des médicaments. En fait, vous vous souviendrez peut-être, ils ont été les promoteurs de la création du réseau RRUM, le Réseau de revue de l'utilisation des médicaments, et ils ont été, en fait, le moteur principal de ce Réseau. Ils ont développé le concept de formulaire thérapeutique en établissement et intègrent quotidiennement l'approche de la décision basée sur les données probantes. Finalement, il faut savoir aussi que l'intervention des pharmaciens d'établissements a permis et permet toujours de garantir que les fonds qui sont affectés présentement à l'achat des médicaments dans les établissements sont justifiés et qu'il y a donc un bénéfice pour nos patients. Systématiquement, la croissance des coûts des médicaments a été plus faible en établissement de santé, vous le savez, que dans le régime général d'assurance médicaments, et ce, malgré le fait qu'on a introduit dans les hôpitaux des médicaments hautement coûteux et très spécialisés. Je vous dirais que les pharmaciens ont joué un rôle-clé dans cet état de fait. C'est donc un point de vue d'expert que nous souhaitons vous livrer aujourd'hui.

La valeur des médicaments est élevée. On sait qu'ils contribuent, lorsqu'ils sont bien utilisés, au maintien et au rétablissement de la santé de même qu'à l'amélioration de la qualité de vie de nos concitoyens. Ils peuvent aussi générer des économies dans les autres composantes du système de santé. Pour avoir une vision globale et intégrée quand on recherche un équilibre entre le contrôle efficace des coûts et l'accès raisonnable et équitable aux médicaments, il nous apparaît essentiel que le Québec se dote d'une politique du médicament.

Pourquoi une politique du médicament? Premièrement, parce que les conditions d'accès aux médicaments ont un impact important sur la santé de la population. Deuxièmement, parce que ces mêmes conditions d'accès aux médicaments ont un impact également sur l'organisation et les coûts des services de santé. Finalement — et c'est peut-être la raison la plus importante — parce qu'il n'est pas souhaitable de confier à des instances non élues les arbitrages que soulèveront les nouveaux critères d'inscription à la liste. Le nouveau Conseil du médicament, en effet, sera appelé à faire des choix qui auront un impact sur l'allocation des ressources de l'État, et, dans un système public, la fixation d'un tel cadre dans lequel ces choix s'inscrivent se doit d'être politique.

L'APES accueille avec satisfaction les mesures dont l'objet est d'assurer une meilleure utilisation des médicaments. En fait, c'est d'ailleurs un discours qui rejoint celui de l'Association. Par contre, au-delà du discours, il y a les actions. En ce sens, le document de

concertation est évasif quant aux actions concrètes qui seront posées. Par exemple, qu'attend-on exactement des professionnels? Dans ce contexte, il nous semble que le ministère fait preuve d'un optimisme pour le moins exagéré en évaluant l'ampleur des économies à 90 millions de dollars dès l'exercice 2002-2003, puisqu'il faudra du temps pour mettre en place des mesures adéquates et obtenir la collaboration des professionnels du réseau de même que la collaboration de l'industrie pharmaceutique.

Lorsque le régime général d'assurance médicaments a été mis en vigueur, l'APES avait émis certaines réserves sur le fait que le CRUM était sous l'égide de la RAMQ, soit l'agent payeur. À l'époque, on indiquait que cette approche pouvait être perçue par les professionnels de la santé comme devant servir à des fins strictement administratives, mettant en péril ainsi la collaboration des intervenants, sans que la RUM ne saurait donner de résultats positifs.

Dans ce contexte, l'intégration des mandats du CCP et du CRUM est une opération souhaitable et propose une solution à ce problème que nous soulevions à l'époque. Par ailleurs, lors de la révision de ce régime général, l'APES avait recommandé que le réseau RRUM soit également intégré au Conseil du médicament. C'est donc avec satisfaction que nous retrouvons cet élément dans le projet de loi.

L'APES veut émettre un certain nombre de réserves sur le recours de plus en plus fréquent à la liste d'exception lors de l'introduction de médicaments dispendieux au formulaire provincial. En effet, cela réduit le volume d'utilisation de ces médicaments, qui est évidemment l'un des objectifs, mais à quel prix? Au prix de priver certains malades d'une thérapie efficace; au prix d'interrompre des traitements quand la continuité des soins fait malheureusement défaut; au prix aussi de gaspiller le temps précieux de professionnels en pénurie, notamment les pharmaciens d'établissements, qui doivent satisfaire aux exigences administratives, alors qu'ils devraient prodiguer des soins à leurs patients. Pour toutes ces raisons et si on considère le fait aussi que le Conseil du médicament assurera une fonction de suivi, maintenant, des médicaments qui seront inscrits au formulaire provincial, l'APES se questionne sur la pertinence et les bénéfices de maintenir la liste d'exception.

● (12 h 20) ●

La création d'une table de concertation qui réunit les principaux acteurs concernés par l'utilisation optimale des médicaments est, pour nous, une proposition très intéressante. En effet, la présence de cette table nous apparaît essentielle pour les cliniciens dans la mesure où les mandats qui sont confiés au Conseil du médicament comprennent dorénavant la revue d'utilisation des médicaments et d'autres actions qui visent à optimiser l'utilisation des médicaments. Toutefois, il nous semble qu'il faudrait garantir, par une disposition dans la loi, la présence d'un tel forum pour les professionnels. La présence de cette table ne devrait pas être conditionnelle à un partenariat avec l'industrie pharmaceutique. En d'autres termes, un éventuel retrait de l'industrie ne devrait pas mettre fin aux activités de cette table.

Le renforcement des programmes de revue d'utilisation des médicaments est une piste d'action

intéressante. Néanmoins, une réserve s'impose. La littérature nous indique — de même que l'expérience acquise en milieu hospitalier — clairement qu'un programme de revue d'utilisation doit être basé sur un processus de révision par les pairs pour être efficace. Il ne faut pas que ce soit un processus administratif qui permette de cibler un individu ou un groupe d'individus. En effet, l'évaluation et le maintien des compétences est du ressort des ordres professionnels, n'est-ce pas? Il faut donc prendre garde de ne pas dénaturer ces programmes de RUM. Ils ont été mis en place pour s'assurer d'une utilisation optimale des médicaments et visent d'abord et avant tout l'amélioration de la qualité des soins qu'on prodigue à nos patients. Finalement, les retombées économiques positives représentent certes une valeur ajoutée, mais il s'agit là d'un effet secondaire positif de la RUM bien plus qu'une fin en soi.

J'en arrive aux stratégies d'information et de formation, d'abord pour les patients. Depuis quelques années, l'APES fait la promotion de la mise en place d'un service téléphonique d'information sur les médicaments. L'objectif visé est tout simplement de rendre accessibles des renseignements objectifs sur les médicaments pour la population du Québec. L'industrie pharmaceutique a d'ailleurs bien compris l'efficacité de ces mesures, puisque le nombre de services de renseignements téléphoniques du style ligne 1-800, là, qu'on voit sur les panneaux publicitaires augmente à une vitesse importante. La littérature nous apprend aussi que la publicité directe aux patients a un impact sur la prescription des ordonnances, non seulement un impact sur les connaissances des patients, mais aussi sur leur propension à demander et, je dirais même, à exiger de leur médecin la prescription du médicament dont ils ont vu la publicité. En ce sens, un service téléphonique d'information objective sur les médicaments pourrait constituer un contrepoids aux stratégies de l'industrie pharmaceutique.

Récemment la population québécoise a exprimé son avis sur la pertinence d'offrir un tel service. En effet, au cours de ce mois-ci, un sondage CROP indiquait que 72 % des personnes consultées étaient favorables à la mise en place d'un tel service. C'est donc dire qu'il y a un besoin. Il s'agirait toutefois pour nous d'un service de seconde intention qui pourrait s'arrimer au service existant d'Info-Santé. L'APES suggère d'expérimenter ce service dans le cadre d'un projet-pilote.

Quant aux stratégies qui concernent davantage les professionnels, eh bien plusieurs stratégies existent qui visent à mieux former ou informer les professionnels sur l'utilisation des médicaments. Toutefois, elles n'ont pas toute la même valeur. L'utilisation des visiteurs académiques, qui est probablement la meilleure stratégie — en fait, il s'agit de rencontres individuelles avec les médecins qui sont souvent tenues par des pharmaciens cliniciens — de même que l'utilisation de meneurs d'opinion locaux en vue de promouvoir l'utilisation optimale des médicaments sont des stratégies efficaces. Les revues d'utilisation et la rétroaction d'information ont une efficacité démontrée modérée. Par ailleurs, si on prend les programmes traditionnels de formation, lorsqu'ils sont utilisés seuls, qu'on parle de conférences, de lectures ou d'envoi de

matériel préimprimé, ils sont totalement inefficaces pour changer les comportements des professionnels. Dans le contexte où le ministère songe à favoriser une utilisation optimale de deux classes de médicaments, les anti-inflammatoires de type COX-2 et les IPP, et comme il s'agit de la stratégie qui a démontré la meilleure efficacité, l'APES recommande d'expérimenter un programme de visiteurs académiques.

L'Association accueille favorablement le fait que le gouvernement veuille modifier les critères d'inscription à la liste pour enrichir le processus de prise de décision. Toutefois, la considération de ces critères dans la prise de décision risque d'être rendue difficile par l'absence de définitions claires. En effet, à quel seuil considère-t-on que le rapport entre le coût et l'efficacité est favorable? Qu'est-ce qu'un accès raisonnable et équitable aux médicaments et selon la perspective de qui? Qui fera et comment fera-t-on les arbitrages lorsque ces critères entreront en conflit les uns avec les autres? Actuellement, vous savez, beaucoup de ces débats se font au niveau local, et cela crée souvent des pressions indues sur les professionnels qui doivent faire des choix éthiques qui dépassent largement le cadre des soins qu'ils doivent prodiguer à leurs patients. Cette façon de faire entraîne des inéquités d'accès entre les patients du Québec. C'est pour nous une situation inacceptable. De là, nous réitérons l'importance et l'urgence pour le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux d'adopter une politique du médicament qui permettra de camper ces débats futurs dans un cadre prédéfini et objectif.

Dans le contexte de l'attribution de deux fonctions au Conseil du médicament, soit celle d'inscription et celle de suivi, il nous apparaît important d'établir un pont entre les deux. Par exemple, l'inscription d'un nouveau médicament à la liste devrait, selon nous, être suivie de la publication d'un dossier dressant les motifs détaillés qui ont conduit à l'inscription du médicament au formulaire provincial. Ce dossier aurait sans doute une valeur didactique pour les cliniciens mais pourrait aussi contribuer à la réflexion qui conduit à l'inscription des médicaments sur les listes d'établissements par les chefs de départements de pharmacie.

Par ailleurs, sur le plan d'une hausse éventuelle de la contribution des usagers au point de services, l'APES recommande d'aborder cette question avec discernement. Dans les faits, une hausse des contributions tend à réduire — et c'est documenté — la consommation des médicaments pertinents aussi bien que ceux qui ne le sont pas. De plus, comme ces hausses n'ont pas la même incidence financière sur tous les usagers, elles peuvent introduire de l'iniquité dans le système en imposant un fardeau plus important aux ménages les plus pauvres. L'APES estime dans les circonstances qu'il ne faut pas atteindre, en modifiant de nouveau les paramètres de contribution, le point de rupture pour plusieurs catégories d'usagers qui avait été constaté lors du lancement du nouveau régime d'assurance médicaments.

Finalement, il est étonnant pour nous de constater à quel point la croissance des coûts du régime général d'assurance médicaments soulève des actions et des investissements de la part du gouvernement quand

la même situation est entièrement ignorée dans les établissements de santé. Pourtant, l'état de situation qui est dressé dans le document de consultation pour justifier la compensation financière au déficit du régime général est exactement le même que celui qui est dressé par les pharmaciens d'établissements et les gestionnaires du réseau: l'augmentation du volume de clientèle, l'augmentation du nombre d'ordonnances, l'augmentation du coût des nouvelles molécules, etc. À notre avis, il est urgent de mettre en branle un chantier dont l'objet pourrait être de dresser un bilan de situation et d'identifier des pistes de solution au problème d'accessibilité et de croissance des coûts qu'on vit quotidiennement dans les établissements de santé. En ce sens, l'expertise des pharmaciens d'établissements pourrait être mise à contribution dans ce forum.

Je vous remercie de votre attention. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

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

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais remercier l'Association des pharmaciens des établissements du Québec, donc Mme Vaillant, Mme Lambert, M. Bureau, pour votre présentation.

Vous avez effectivement un rôle d'expertise qui est reconnu pour nous aider à justement trouver des pistes pour avoir une meilleure utilisation des médicaments. Tout ce que j'ai pu lire ou entendre sur l'utilisation optimale des médicaments montre que votre présence en établissement aide beaucoup à avoir justement une utilisation optimale des médicaments. Bon. Vous vivez en établissement une situation spéciale, vous avez accès au dossier du patient de façon complète. Maintenant, je pense que notre défi, c'est d'être capable de le faire aussi avec les pharmaciens dans la communauté. Je trouve ça intéressant, la proposition que vous faite d'avoir une ligne d'information. Il y a un groupe aussi, hier, qui est venu nous parler peut-être de la possibilité d'inclure des pharmaciens dans les futurs groupes de médecine familiale.

Je pense, c'est intéressant, ces pistes, mais j'aimerais ça vous entendre un peu plus sur comment de façon concrète on pourrait... Vous avez sûrement entendu, là, les réticences de certains médecins à transmettre l'intention thérapeutique. Comment on pourrait articuler finalement une meilleure coordination entre les médecins et les pharmaciens dans la communauté pour pouvoir mieux profiter de l'expertise des pharmaciens?

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

Mme Vaillant (Linda): Écoutez, je pense que, effectivement, il y a sans doute des réticences quant au projet de mention thérapeutique. Toutefois, l'expérience le démontre dans les établissements, je pense que c'est impossible de faire de la revue d'utilisation sans la mention thérapeutique. Bien que je vous dirais que le réseau privé, évidemment, vit une situation qui est différente de celle des établissements, vous l'avez

souligné vous-même, c'est évident que, malgré cela, ça va peut-être créer un certain biais méthodologique. Je pense que le médecin qui doit indiquer la mention thérapeutique au moment de prescrire ne prescrira pas de la même façon. Mais, bon, l'important, c'est le résultat, et probablement que c'est une façon d'y arriver.

Toutefois, je me questionne personnellement sur la nécessité de connaître les individus, les prescripteurs, de même que les pharmaciens instrumentants. Et je me demande si ce n'est pas davantage à cet égard-là que les gens peuvent avoir certaines réticences, parce que, évidemment, c'est important. Et, lorsqu'on utilise la revue d'utilisation en établissement, on ne cible jamais les individus. Les stratégies qui sont développées par après pour utiliser l'information vont parfois tenir compte des individus, mais ce ne sera jamais publicisé et ce ne sera jamais utilisé dans un sens qui serait davantage coercitif.

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

● (12 h 30) ●

M. Legault: Oui. Je pense que notre but, ce n'est pas d'avoir un objectif coercitif, mais plutôt d'informer. Puis à peu près toute la littérature scientifique montre que, si on veut avoir un impact sur le professionnel, sur le médecin, il faut lui donner de l'information individualisée sur son profil thérapeutique. Donc, est-ce que vous êtes d'accord avec cette approche, avec cette constatation qu'on retrouve dans la plupart des revues scientifiques sur le sujet, qu'il faut avoir justement un profil individualisé de prescription pour le médecin, pas pour le contrôler, mais pour être capable de lui donner des outils pour faire un meilleur suivi de l'utilisation optimale des médicaments?

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

Mme Lambert (Manon): Bien, je pense qu'il faut faire une nuance entre la revue d'utilisation de médicaments, qui est un processus d'évaluation visant justement à évaluer le processus d'utilisation des médicaments, et l'intervention directe auprès des prescripteurs. Moi, je pense que le second est du domaine des CMDP dans les établissements, les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, et du domaine des ordres professionnels, Ordre des pharmaciens, Collège des médecins, en milieu ambulatoire. Je pense qu'il faut ne pas traverser la ligne grise au niveau du Conseil du médicament ou des fonctions qu'on va vouloir lui donner dans l'avenir. Donc, ne pas traverser cette ligne grise et ne pas faire de l'évaluation de l'acte, donc des actes posés par les individus avec le processus de revue d'utilisation de médicaments.

Souvent, pour avoir fait beaucoup de revue d'utilisation en établissement, on se rend compte qu'on va trouver de grandes tendances qui transcendent les individus, qui transcendent les spécialités, qui transcendent... Donc, je vous dirais que, si on a un processus de revue d'utilisation de médicaments qui est bien fait, avec de bons critères, on va suffisamment avoir de matériel pour intervenir sans être obligé de

cibler des individus. Parce que vous allez perdre la collaboration des professionnels si les gens se sentent contrôlés de façon externe, donc... On parlait de la notion des pairs tantôt. Si les pairs ne sont pas ceux qui interviennent, vous allez perdre la collaboration des professionnels dans ce processus-là.

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

M. Legault: Juste pour bien vous comprendre, bon, vous parlez du CMDP dans les établissements, mais prenons un médecin, un omnipraticien qui pratique en clinique privée. Comment vous voyez justement la possibilité de faire une bonne revue d'utilisation puis de bien le guider si on refuse d'avoir justement les profils individualisés de prescription, là? Il s'agit juste de comprendre votre proposition.

Mme Lambert (Manon): Bien, moi, je pense que... On parlait hier des groupes de médecine familiale. Vous savez, un des problèmes — en tout cas, c'est mon avis — un des problèmes en milieu communautaire, c'est l'isolement des professionnels. Ils n'ont pas de références, donc de personnes-ressources, de personnes-références. Le fait de travailler dorénavant en groupe... En tout cas, si les projets-pilotes démontrent une certaine efficacité, le fait de travailler en groupe va permettre au groupe de prendre en charge, un peu comme on le fait en établissement. En établissement, c'est un groupe de pairs. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est constitué de médecins, dentistes et pharmaciens, comme le nom le dit, et ce sont ces gens-là qui, entre eux, s'autoévaluent. Mais, même dans ces forums-là, comme je vous dis, même quand on fait de la revue d'utilisation en établissement, on n'y va pas en ciblant des individus en particulier.

Mais donc, moi, je pense que les GMF, les groupes de médecine familiale, pourraient constituer un acquis précieux pour faire de la bonne revue d'utilisation de médicaments et que ces gens-là aient entre eux l'information nécessaire pour ajuster leur comportement de prescription.

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

M. Legault: Quand vous dites qu'en établissement vous ne ciblez pas, juste pour bien comprendre, pour que votre action soit efficace, comment, en pratique, ça fonctionne dans un établissement quand vous vous rendez compte, par exemple, qu'il y a peut-être une surutilisation de certains médicaments ou une utilisation qui n'est pas optimale de certains médicaments? Quelles sont à ce moment-là les actions qui peuvent être prises auprès des médecins étant donné que vous dites, là, qu'on ne doit pas cibler les médecins?

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

Mme Vaillant (Linda): Oui. Bien, écoutez, je pense qu'on parlait, dans le document qu'on vous a

soumis, de visiteurs académiques. Je crois que les établissements de santé bénéficient de visiteurs académiques à l'interne qui sont les pharmaciens. C'est souvent une stratégie qu'on va utiliser soit via le comité de pharmacologie, où siègent les médecins, soit par différentes réunions scientifiques qui ont cours au sein de l'établissement. Donc, on va s'assurer que, s'il y a un problème de déviation avec un certain groupe de prescripteurs, que ces gens-là obtiennent l'information.

Et je vous dirais que, en général, les gens sont très sensibles à l'information qui est véhiculée par les résultats, en fait, de la revue d'utilisation. Et les prescripteurs qui sont là et qui se reconnaissent déviant sans qu'on ait écrit leur nom sur le document réalisent que, oups! tout à coup, il y a effectivement un élément d'information qui leur échappait au moment où ils faisaient leurs ordonnances. Et, vous savez, la littérature bouge très rapidement, donc l'objectif pour les pharmaciens au sein des établissements, c'est d'essayer d'avoir les critères les plus objectifs, mais les plus à jour aussi. Et, souvent, l'information qui sort de la littérature est toute chaude, là, et ces éléments-là sont amenés directement aux prescripteurs, mais par les pharmaciens, et c'est de là qu'on a amené la suggestion de visiteurs académiques plus globalement dans le réseau privé auprès des omnipraticiens, par exemple.

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

M. Legault: Je reviens sur l'intention thérapeutique. Vous avez dit tantôt que, si on demandait au prescripteur d'inscrire lui-même l'intention thérapeutique, ça pourrait créer un biais méthodologique. J'essaie juste de comprendre pourquoi vous dites ça et comment on pourrait le corriger.

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

Mme Vaillant (Linda): Je pense qu'il n'est pas possible de le corriger. C'est plus un constat qu'on fait, dans le sens où, si on demande au prescripteur d'indiquer pourquoi il prescrit tel IPP, le prescripteur est sensibilisé au fait que cet IPP là, ou peu importe lequel, est utilisé normalement dans l'hémorragie digestive autre, il va être déjà sensibilisé à ça. Comprenez-vous? Au moment de l'écrire, il va dire: Oups! C'est vrai, c'est de l'hémorragie digestive autre.

Il y a quand même une espèce de contexte qui va favoriser, en partant, une bonne utilisation du produit. Donc, c'est dans ce sens-là que je vous dis que ça crée un biais méthodologique par rapport à si on faisait une revue d'utilisation en établissement où les gens ne savent pas nécessairement qu'on a établi des critères au départ. Mais, on ne leur demande pas, au moment de prescrire, d'indiquer la mention thérapeutique, de dire l'indication pour laquelle ils prescrivent, c'est juste que, par après, on a accès au dossier et on est capable de valider les critères qui avaient été établis au départ.

Mais je vous dirais que, dans le contexte privé, je ne crois pas qu'il y ait de façon de l'éviter. C'était simplement un commentaire que je faisais.

M. Legault: Donc, le commentaire que vous faites, c'est qu'il y aurait peut-être un biais méthodologique, mais on aurait sensibilisé le médecin, donc on aurait atteint notre objectif.

Mme Vaillant (Linda): C'est ça, tout à fait. C'est ce que je voulais dire tantôt quand je disais que finalement les objectifs seront là quand même. Et ce sont les résultats qui comptent, là.

M. Legault: O.K. Vous avez probablement vu, là... Vous dites que vous êtes d'accord avec la création du Conseil du médicament. Je voulais juste vous entendre sur les nouveaux critères d'inscription des nouveaux médicaments, d'avoir un petit peu votre opinion sur les nouveaux critères.

Mme Lambert (Manon): Oui, bien, en fait...

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

Mme Lambert (Manon): Oui, je m'excuse. En fait, notre opinion est assez favorable quant à l'élargissement des critères. Le problème évidemment, par rapport à ces critères-là, c'est comment on va les utiliser ensuite dans le contexte de décision. S'il est assez facile — et là j'exagère peut-être un peu — de faire une étude coût-efficacité sur les médicaments, c'est moins facile de déterminer à quel niveau de valeur on va accepter, comme société, d'inclure ou de ne pas inclure la liste. Si tout le monde décrit un peu le problème de fonctionnement en silo, donc un peu le réseau des établissements ignore ce qu'on fait dans la communauté, et vice versa, et on se donne un peu des jambettes parce qu'on a chacun nos contraintes budgétaires... Donc, si le critère qui vise à s'assurer qu'on va tenir compte des autres composantes du réseau est intéressant, notre question, c'est: Comment on va le faire? Et, par ailleurs, est-ce que ça va éliminer le contexte budgétaire qui, par ailleurs, lui, est en silo et qui, à notre avis, va continuer à commander des actions?

Donc, les critères en soi sont intéressants. Je pense qu'il va falloir les expérimenter, et il n'est pas certain, à court terme, qu'on va voir nécessairement un effet parce qu'on va avoir à vivre tous ces arbitrages-là. Donc, ça ne nous apparaît pas aisé de voir quel va être le résultat, quelle va être la résultante en matière d'inscription des médicaments par rapport à ces critères-là.

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

M. Legault: Oui, mais justement, là, l'introduction d'un critère où on regarde l'impact sur les autres composantes du système de la santé, est-ce que ce n'est pas justement une façon d'éviter de travailler en silo, c'est-à-dire de s'assurer que si un nouveau médicament apporte des économies importantes parce qu'on n'a pas besoin d'avoir des interventions chirurgicales ou autres sur des patients... Mais, en tout cas, c'est ça, le but qu'on vise, là, c'est d'éviter de travailler en silo, mais vous dites que ce n'est pas

assez précis. Mais qu'est-ce que vous proposeriez en échange?

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

Mme Lambert (Manon): En fait, ce que je dis par rapport au silo, c'est que l'intention est bonne, le résultat risque de l'être moins. Je vous donne l'exemple, en établissement de santé, les pharmaciens utilisent souvent l'argument de dire: En introduisant ce médicament-là au formulaire, on va réussir finalement à sauver tant de lits d'hospitalisation, on va raccourcir la durée de séjour de... Sauf que le problème, c'est que la budgétisation, elle, est en silo. Alors, tant que le budget va demeurer en silo, tant qu'on va demeurer avec deux lignes verticales qui ne se parlent pas beaucoup, tant qu'on va avoir évidemment — et on aura toujours — à rencontrer un équilibre budgétaire, bien, en bout de ligne, la décision va être placée sur ce que nous, on a à rencontrer comme objectif.

Donc, je dirais que les critères, tels qu'ils sont, même s'ils sont intéressants, même s'ils vont ouvrir l'esprit, même s'ils vont peut-être permettre aux gens en place de considérer cet élément-là, en bout de ligne, on n'est pas certain que ça va être efficace. Est-ce que la solution est d'avoir une seule enveloppe médicaments éventuellement? Est-ce que c'est... On ne va pas jusque-là parce qu'on ne sait pas ce que ça pourrait avoir comme impact, mais je ne pense pas qu'avec les seuls critères, compte tenu du budget en silo, on va réussir vraiment à modifier les comportements.

● (12 h 40) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il vous reste une minute et demie, M. le ministre.

M. Legault: Oui. J'essaie de vous comprendre, là, pourquoi vous parlez de budget en silo. Je n'ai pas vu nulle part, dans les critères du Conseil des médicaments, où il y ait un maximum de budget qui soit alloué. Il y a un critère où on dit: On doit, dans le cas... avant d'inscrire chaque médicament, de considérer les coûts-bénéfices. On doit considérer aussi les impacts sur les autres composantes du système de santé. Donc, si on fait des économies dans d'autres budgets, on peut en tenir compte. Et il n'y a pas de maximum total, de budgets en silo. J'essaie juste de vous suivre, là. Je ne suis pas d'accord avec vous puis j'essaie de comprendre où vous avez lu qu'il y avait des budgets en silo qui étaient attribués au Conseil du médicament.

Mme Lambert (Manon): Non, je ne parle pas... Quand on parle des autres composantes du réseau, on ne parle pas nécessairement du Conseil du médicament. Le réseau est constitué d'un ensemble d'entités et, vous le savez comme moi, qui sont des établissements qui ont chacun leur budget, qui doivent, chacun, rencontrer d'ailleurs l'équilibre budgétaire avec le projet de loi antidéficit. Alors, ce que je veux dire, c'est qu'on est en présence d'un énorme paquet de silos qui vont faire en... Au niveau budgétaire, j'entends. Chaque établissement doit rencontrer son budget, et ce que je veux dire, c'est que si le Conseil du médicament arrive, par exemple, à dire: O.K. On va accepter ce médicament-là parce qu'il

va nous sauver, je ne sais pas, moi, 10 000 journées d'hospitalisation...

M. Legault: Il peut le faire.

Mme Lambert (Manon): ...oui, il peut le faire. Il peut le faire, sauf qu'à un moment donné il y a quelqu'un en quelque part qui va dire: O.K., mais là je veux aller chercher le... Quand on va augmenter le budget de l'autre côté du régime général, on va peut-être dire: On va aller chercher le budget de l'autre côté, du côté des établissements.

Une voix: ...

Mme Lambert (Manon): Exactement, exactement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est...

M. Legault: Écoutez, là, c'est... En tout cas, c'est le but qui est visé, là.

Une voix: ...

M. Legault: Bon...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, c'est terminé, M. le ministre. Mme la députée de Lavolette, à vous la parole.

Mme Boulet: Pauvre petit. Alors, je vous remercie, Mme Vaillant, Mme Lambert et M. Bureau, d'être présents parmi nous pour nous donner des explications, là, sur votre mémoire. J'aimerais revenir... Vous parlez beaucoup de la politique du médicament. En fait, il y a beaucoup de groupes qui sont venus ici pour nous parler de la politique du médicament. C'était, je pense bien, l'objectif premier alors que Mme Marois était ministre de la Santé à l'époque. Ici, j'ai le résultat de la commission parlementaire du 29 mars 2000, et elle nous disait à ce moment-là... Et, aujourd'hui, on est deux ans et demi plus tard puis on est toujours avec le même problème. Elle dit: «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 de médicaments.» Alors, on est deux ans et demi plus tard puis on n'en a toujours pas de politique de médicaments, ce qui est probablement regrettable.

Alors, j'aimerais ça que vous me parliez des médicaments d'exception, parce que... Des médicaments comme Remicade, Enbrel, Gleevec, des médicaments qui tardent à être acceptés sur la liste parce qu'ils ont un coût, parce que le traitement est dispendieux pour un patient. Et, hier, on a rencontré l'Association des hôpitaux du Québec qui semblait... Êtes-vous capables de nous décrire... Est-ce que pour vous, pour les pharmaciens d'hôpitaux, pour les institutions... Est-ce que ça crée une pression? À savoir, est-ce qu'on le fournit comme hôpital au patient qui n'est pas capable de l'avoir ni par le privé ni par le public? Est-ce qu'on lui fournit ou est-ce que... Puis, bon, si on dit: Oui, on le

fournit, bien est-ce qu'il n'y a pas des pressions économiques qui relèvent de votre budget de santé, là, de votre budget de médicaments, là, dans votre institution? Est-ce que vous sentez, là, qu'il y a des gens qui peuvent être brimés là-dessus parce qu'il n'y a pas les budgets qui sont attribués pour ça?

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

Mme Vaillant (Linda): Écoutez, vous avez raison quand vous dites qu'on a parlé de politique du médicament il y a déjà quelques années. Toutefois, je vous dirais qu'on considère qu'on retrouve quand même plusieurs des éléments de la politique du médicament actuellement dans le projet de loi. Le problème qu'on voit comme association, c'est davantage la présence du cadre de référence, c'est davantage de laisser peut-être à des non-élus, dans le fond le Conseil du médicament, des choix qui deviennent presque des choix éthiques.

Quand vous donnez des exemples, le Remicade et, peu importe, des médicaments qui sont introduits, qui ont une efficacité, donc qui ont des gains pour nos patients, c'est bien évident que... C'est un peu ce que je décrivais un peu plus tôt, c'est que présentement ces débats-là se font au niveau local, et la pression est effectivement sur les établissements, elle est sur les professionnels qui sont là essentiellement pour offrir des soins à leurs patients et qui sont pris avec des patients qui ont bénéficié de la gratuité du produit par un truc... Peu importe, n'est-ce pas?

Une voix: ...

Mme Vaillant (Linda): C'est ça. Alors, par un truc de l'industrie, finalement, qui fait que le produit, tout à coup, du jour au lendemain, coûte un montant considérable, et ça doit être supporté par les établissements. Maintenant, les établissements ont des choix à faire, et le Remicade est un excellent exemple. Des établissements ont choisi de poursuivre, d'autres ont choisi de cesser. Des gens ont choisi de prendre de nouveaux patients, d'autres ont choisi de pas en prendre. De là l'iniquité dans le système actuellement, et nous croyons que la politique du médicament vise à encadrer tout ça et à faire des choix de société qui ne devraient pas relever du niveau local et de chacun des établissements actuellement.

Mme Boulet: Parce qu'il y a des gens... On reçoit des lettres presque à toutes les semaines au sujet de ces médicaments-là, il y a comme deux poids, deux mesures. Il y a des gens qui n'y ont pas accès, il y en a d'autres, parce que l'établissement est bon ou généreux par rapport à... Mais c'est vraiment, là... Il y a une inéquité, là, au niveau... Et ces médicaments-là ont vraiment prouvé qu'ils étaient supérieurs, là, dans certains traitements, là. Quelqu'un qui n'avait pas de résultats au niveau de l'arthrite avec les médicaments traditionnels puis qui tombe avec le Remicade et qui a une efficacité, là, une valeur thérapeutique réelle ajoutée, je pense que c'est important de considérer ces données-là, là, également.

Dans un deuxième ordre d'idées, je voulais vous demander: Par rapport aux programmes, là... Il y a eu des programmes qui ont été mis en place par l'industrie, le genre de programme PRISM où... Je ne sais pas si PRISM... Ou il y en a sûrement d'autres, là, dont je ne connais pas les noms nécessairement, où on a essayé de faire une espèce de formation, entre autres, sur l'application ou l'utilisation, bon, des aérochambres puis des pompes pour l'asthme, et est-ce que selon votre expérience à vous... Est-ce qu'il y avait des avantages? Est-ce que c'est quelque chose qui doit être considéré? Est-ce que c'est quelque chose qu'on devrait continuer à mettre en application? Et, si oui, est-ce qu'il y a eu des analyses économiques qui ont permis de dégager, de dire: Bien, ça a été valable, parce que, bon, chez nous, les gens qui étaient sur ce programme-là consomment aujourd'hui 30 % de moins de leurs pompes? Ou est-ce qu'il y a eu des choses? Êtes-vous capables de nous en parler un tout petit peu de ces programmes-là qui avaient été mis en place par l'industrie?

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

Mme Lambert (Manon): Oui. En fait, ces programmes-là sont des programmes de suivi thérapeutique. Qu'ils soient financés par l'industrie ou par d'autres composantes du réseau, ce sont des programmes de suivi thérapeutique, et l'objectif qui est poursuivi derrière ça, c'est une meilleure prise en charge de la personne par une équipe d'intervenants et une meilleure prise en charge aussi de la personne à l'égard de sa médication. Donc, je dirais, dans le cas du programme PRISM, là, c'est effectivement ça qui s'est passé.

Et, oui, effectivement, il y a eu des retombées positives. Je ne dirais pas tant en termes de diminution de l'utilisation de médicaments, parce que, tantôt on parlait de silo, et tout ça, il faut aussi arrêter de penser que les économies ne vont être qu'au niveau de l'enveloppe médicaments. Souvent, les économies sont ailleurs dans le réseau, et, dans le cas du programme PRISM, c'est un bon exemple, ça n'a pas conduit à une diminution d'utilisation des médicaments, si ce n'est des bêta-agonistes — je m'excuse, là, d'utiliser des termes comme ça — mais ça a augmenté les corticostéroïdes. Ça, ça coûtait plus cher, mais ça a augmenté ça. Donc, en médicaments, ça a coûté plus cher et ça a permis de diminuer le phénomène de la porte tournante chez les asthmatiques, donc les gens qui revenaient toujours. Donc, diminution des visites à l'urgence, diminution des visites dans le système. Donc, c'est clair que les programmes de suivi thérapeutique, surtout pour des clientèles qui sont lourdement handicapées par une pathologie chronique, donc, à notre avis, il y a des pistes de solution.

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

Mme Boulet: Bon, l'autre chose, c'est: Tantôt, on parlait d'intention thérapeutique, là. Les pharmaciens sont venus nous dire, là, et, je pense, avec raison, là, qu'ils n'ont rien contre le fait d'indiquer l'intention

thérapeutique. Je pense qu'ils ont la formation, puis tout ça, pour le faire. Là où il y avait peut-être un problème, c'est qu'ils sont les seuls professionnels de la santé à qui on impose, où il y a une obligation dans l'article de loi, où il y a une obligation de communiquer l'intention thérapeutique.

Est-ce que vous pouvez me dire, vous autres, parce que vous êtes des pharmaciens d'établissements de santé... Est-ce que vous ne pensez pas que le pharmacien en pratique privée, à l'heure actuelle, il lui manque des éléments ou des outils pour être capable de noter l'intention thérapeutique? Je ne sais pas, on n'a pas les données de résultats de laboratoire, on n'a pas... Je veux dire, il y a comme un vide entre le médecin et le pharmacien dans le privé qui fait que de s'engager à mettre une intention thérapeutique, il peut y avoir une espèce de problème au niveau de la responsabilité professionnelle. Est-ce que... Je ne sais pas comment vous voyez ça. Chez vous, je sais que le contact avec les médecins, le lien se fait beaucoup plus aisément, c'est en pratique courante beaucoup plus, mais, dans le privé, ce n'est pas comme ça, et est-ce qu'il n'y a pas un arimage qu'il faudrait faire ou un tunnel qu'il faudrait faire entre le médecin, entre l'information qu'il reçoit des institutions ou des laboratoires... pour que le pharmacien soit capable de travailler et de faire ce genre d'intervention, mais de façon adéquate? Je ne sais pas comment vous voyez ça, là, mais...

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

M. Bureau (Alain): Oui. Il est clair qu'on ne veut pas rembarquer non plus dans le débat, là, du dossier carte à puce, ces éléments-là, mais c'est sûr que si on demande au pharmacien de transmettre l'indication thérapeutique, il faut que quelqu'un lui en ait fait part. Parce que ce n'est pas juste avec le médicament prescrit qu'on peut deviner l'intention thérapeutique, il y a plusieurs cas où des médicaments sont utilisés hors indication. C'est fréquent, pour toutes sortes de raisons, parce que les compagnies pharmaceutiques ne vont pas faire nécessairement des demandes pour avoir une indication quand le médicament est déjà utilisé depuis des années pour traiter une pathologie, mais que la littérature médicale le confirme. Ça fait que c'est clair qu'on ne peut pas transmettre une indication thérapeutique si le médecin n'a pas fait connaître l'indication thérapeutique.

● (12 h 50) ●

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

Mme Boulet: L'autre chose que j'aime bien, là... Moi, c'est la première fois que j'en entends parler de vos visites, là, pour la formation, je trouve ça génial. Et, dans le projet de loi, par contre, on parle à deux endroits de la formation, et, à une place, on dit: «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.» Alors, on parle, un, ici de formation, mais via l'industrie. Et on parle ici aussi, pour le Conseil du médicament: «Formuler aux divers

intervenants impliqués et aux professionnels de la santé, dans le respect de leurs responsabilités [...], des recommandations susceptibles d'améliorer l'usage des médicaments.»

Alors, il y a le Collège des médecins qui est venu dénoncer ça en particulier, comme quoi que la formation, là, ça ne doit pas venir ni de l'industrie ni... Bien, à la limite, de façon, en tout cas, préférentielle, ni de l'industrie ni du Conseil du médicament, mais, d'abord et avant tout, relever d'ordres professionnels. Je ne sais pas si vous partagez cette opinion-là, mais le projet de loi ouvre la porte, là, pour qu'il y ait de la formation qui continue à se donner. On sait tous qu'il y en a déjà à l'heure actuelle qui se donne de cette façon-là, et le Collège des médecins dénonçait particulièrement ça et dénonçait également le fait qu'on puisse pointer du doigt un individu, un prescripteur en particulier et faire une espèce de contrôle sur la prescription, ce qui pourrait, à mon avis, et selon eux également, nuire à la... Le médecin, il nous a dit clairement: Le médecin, il est là pour prescrire, il est là pour voir au bien-être puis à la santé de son patient, il n'est pas là pour faire de la gestion économique, là.

Alors, quelles seraient vos opinions, là, par rapport à la formation qui pourrait se donner? Moi, je suis... En tout cas, vos idées de visites, là, je trouve ça particulièrement intéressant.

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

Mme Vaillant (Linda): Les propositions qu'on fait ou qu'on a faites, en fait, par rapport aux visiteurs académiques sont documentées dans la littérature. Il y a eu quelques projets à cet égard-là. Il y a d'ailleurs, je crois, deux ou trois provinces canadiennes qui utilisent ce système-là déjà. On a, en fait, vu la façon d'amener l'information à deux niveaux. Le premier était au niveau de la population, quand on parle de la ligne d'info-médicaments, pour amener de l'information objective à la population en général qui, souvent, contraint son médecin à prescrire des choses qui ne sont pas nécessairement les bonnes ou les plus adéquates à ce moment-là. Donc, c'était une stratégie d'information où on se dit que peut-être le pendant des lignes 1-800 de l'industrie pourrait être un volet d'Info-Santé qui serait de l'information objective présentée par des pharmaciens cliniciens. C'était le premier élément.

Au niveau des professionnels, bien les visiteurs académiques, c'est du un à un, hein? C'est une rencontre individuelle où on amène de l'information, et je crois qu'il est évident que, si on arrive comme visiteurs académiques, comme pharmaciens cliniciens, le rapport est davantage objectif. La perception, du moins, du médecin qui sera rencontré, c'est que l'information est probablement davantage objective.

Il faut bien comprendre qu'il y a toutes sortes d'informations qui circulent actuellement. Les professionnels, comme les patients, sont bombardés d'informations, et je pense que les médecins n'ont pas nécessairement toujours le temps de discerner, et de lire, et de déchiffrer tout ce qu'il y a dans la littérature. De là l'intérêt d'avoir des visiteurs académiques. Et je trouvais

intéressant le fait de vouloir cibler deux classes de médicaments, et on se disait que peut-être ce serait bien, en ciblant ces classes-là, de faire des projets-pilotes sur ces deux classes-là précisément. Parce qu'il ne faut pas non plus bombarder les gens d'informations, mais cibler ces classes-là, et faire des rencontres, et faire le projet-pilote à petite échelle peut-être. Mais c'est une stratégie qui a été démontrée très efficace dans la littérature.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, il vous reste une minute et demie, Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: Bon. Le dernier point, j'aimerais ça que vous me parliez un tout petit peu... Selon vous, le rôle du pharmacien... Moi, je pense que le pharmacien est appelé à prendre de plus en plus de place. C'est lui, le spécialiste du médicament. On sait qu'il y a des médicaments nouveaux qui sont brevetés, des molécules nouvelles qui ont leur brevet, mais qui n'ont pas nécessairement une valeur thérapeutique réelle ajoutée, et est-ce que vous pensez qu'on devrait en venir à dire aux pharmaciens: Écoutez, il y a des médicaments dans le traitement de l'hypertension, il y a des médicaments de première génération, deuxième génération, troisième génération, est-ce qu'on pourrait prioriser le traitement en fonction de ce qu'on a comme rapport qualité-coût? Si le patient, il est bien contrôlé, il n'a pas trop d'effets secondaires avec un type de médicament de première génération, est-ce que le pharmacien pourrait être interpellé dans ce genre de thérapie là, je ne le sais pas, ou dans la façon de prescrire et aider le médecin à avoir un choix judicieux autant au niveau thérapeutique qu'économique?

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

Mme Lambert (Manon): Oui. Moi, je pense qu'effectivement c'est un peu la dynamique qu'on vit en établissement et je pense que ça a rapporté des fruits systématiquement, comme on l'a mentionné tantôt. On est de 5 à 6 % inférieur en termes de croissance des coûts de médicaments. Tout ça, sans diminuer la qualité par ailleurs, parce que notre objectif premier n'est évidemment pas de strictement maintenir l'enveloppe budgétaire à l'intérieur de son contexte.

Ceci étant dit, je pense qu'il faut prendre garde de laisser et de demeurer ça au niveau des équipes. Encore une fois, groupe de médecine familiale, ce serait un lieu exceptionnel pour faire ce genre de travail là, travailler avec des algorithmes. Mais ce que, nous, on pense qu'il faut éviter par contre, c'est d'avoir des algorithmes, par exemple, du Conseil du médicament ou de toute autre organisation qui descendraient du haut vers le bas et qui diraient: Voilà, maintenant, dorénavant, en première ligne, c'est ça, sinon ce n'est pas remboursé; en deuxième ligne, c'est ça; et, en troisième ligne, c'est ça. Ça, je pense que c'est à éviter parce que c'est une vision, je dirais, un peu simple de la complexité du traitement d'un malade. Mais je pense qu'à l'intérieur d'une équipe, quand il y a une discussion, quand on a tous les éléments qui nous permettent de prendre une décision éclairée, paramètres de laboratoire,

histoire, et tout ça... Je pense que, oui, la place du pharmacien est grande, et elle est encore à prendre, je pense, beaucoup du côté de la communauté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est terminé, Mme la députée de Laviolette. Il ne me reste qu'à vous remercier, Mmes Vaillant, Lambert et M. Bureau, pour avoir accepté de participer à cette commission.

Mémoires déposés

Alors, sans plus tarder, je vais profiter... Avant de commencer les remarques finales, vous me permettez de faire le dépôt des mémoires des personnes et des organismes suivants: Conseil pour la protection des malades et Groupe-conseil Aon inc., pour les rendre publics et pour qu'ils puissent être... comme s'ils touchaient... avoir force... valoir comme s'ils avaient été présentés devant la commission. Alors, ces deux mémoires sont déposés.

Remarques finales

Alors donc, nous allons répartir le temps qui est mis à notre disposition pour les remarques finales. Donc, c'est environ... Il va nous rester environ huit minutes par groupe. Alors, sans plus tarder, Mme la députée de Laviolette, je vous demanderais de commencer vos remarques préliminaires.

Mme Julie Boulet

Mme Boulet: Alors, je voudrais, dans un premier temps, remercier tous les groupes qui sont venus nous rencontrer, qui ont pris de leur précieux temps pour venir nous parler de ce qu'ils voient, de ce qu'ils entendent sur le terrain par rapport au régime général d'assurance médicaments. J'aimerais également remercier mes collègues qui sont venus avec moi participer à la commission. J'aimerais également remercier ma chercheuse, Kathy, et vous remercier également, Mme la Présidente, pour votre excellent travail.

Alors, c'est avec plaisir que je vais commenter la commission sur le projet de loi n° 98. Alors, tout au long de cette consultation, on a senti une volonté des intervenants de participer à la réflexion et de bonifier le régime existant avec ses forces et avec ses faiblesses. C'est la troisième fois depuis la création du régime que les gens viennent faire part à la commission des affaires sociales de leurs observations, de leurs inquiétudes, de leur vécu et de leurs suggestions quant au régime général d'assurance médicaments. Parfois, malheureusement, ils ont bien souvent l'impression de venir parler dans le vide.

Dans mes remarques préliminaires, j'ai noté ma déception que le débat large et ouvert sur le médicament au sens large se soit finalement soldé par un débat qui, bien que porteur d'avenues de solution, fut plus restreint et, surtout, a porté sur les mesures très précises du projet de loi n° 98, des mesures strictement ou presque, pratiquement, exclusivement administratives.

Les gens qui vivent au quotidien avec le régime général d'assurance médicaments nous ont réitéré à quel

point la complexité du régime constitue un irritant majeur tant dans son fonctionnement que dans sa bonification. On espérait qu'il soit simplifié. Tout le monde l'espérait, mais plusieurs sont déçus, car le projet de loi n° 98 le complique d'avantage. Il suffit de penser à la décision de faire porter la coassurance de 25 % à 27,4 %. Imaginez-vous, quand un médicament coûtait 40 \$, on n'avait qu'à dire aux gens: Vous le divisez en quatre, la portion que vous devez assumer, c'est 10 \$, alors que là on va être obligé de prendre un papier, et d'avoir une calculatrice, et de faire un calcul avec eux.

À la lecture des remarques finales de la ministre Pauline Marois, la ministre de la Santé de l'époque, à la suite de la commission parlementaire sur l'évaluation du régime général d'assurance médicaments, le 29 mars 2000, on s'aperçoit non seulement que les enjeux sont les mêmes, mais aussi que plusieurs engagements qui avaient été pris par le gouvernement face aux suggestions alors formulées sont toujours attendus. Par exemple, la fusion du CRUM et du CCP, deux ans plus tard, on y arrive avec ce projet de loi. Deux ans plus tard, imaginez!

● (13 heures) ●

Les gens demandaient une plus grande transparence entre assurance et assistance et demandaient une meilleure intégration du régime général d'assurance médicaments au système de santé. À cela, la ministre d'alors répondait, et je cite: «J'assure la population que nous y accorderons la plus grande attention.» Deux ans plus tard encore, on semble vouloir amorcer ces mesures, et les groupes sont venus réitérer leur demande, on comprend donc qu'un certain scepticisme s'installe.

Mme Marois disait aussi qu'elle allait considérer les offres de partenariat de l'industrie pharmaceutique, des assureurs, des médecins et des pharmaciens. Ces offres ont été répétées à cette commission, et on ne peut qu'espérer que les débuts timides inclus au projet de loi seront entrepris avec la vigueur nécessaire. Là-dessus, je tiens toutefois à réitérer le scepticisme exprimé par plusieurs sur le 90 millions que compte économiser le ministre par le biais de ces ententes avec l'industrie, puisque, en fait, il n'y a qu'une garantie d'investissement de 13,4 millions. Alors, pour ce qui est du 90 millions, on ne sait pas comment le compte a été fait, on n'a aucune étude et on ne sait pas d'où sort ce chiffre, et l'entreprise pharmaceutique, entre autres, ne l'endosse aucunement.

Plusieurs observateurs du régime général d'assurance médicaments souhaiteraient qu'on arrive avec une solution toute faite, une formule choc qui viendrait donner l'impression qu'on va régler le problème de l'assurance médicaments et des coûts qui y sont reliés, mais il n'existe pas de solution toute faite, car l'assurance médicaments est un élément d'un ensemble beaucoup plus large où se côtoient citoyens, professionnels, industries pharmaceutiques, recherche, soins médicaux et hospitaliers, prévention, etc.

Aux gens qui ont amené ici des avenues de solution, le ministre a parfois mis en doute la notion de politique du médicament qu'ont abordée plusieurs, voire même la plupart des intervenants, sous prétexte que c'est moins tangible que de dire: On va augmenter la prime de tant de dollars.

J'aimerais souligner que dès la création du régime général d'assurance médicaments le gouvernement du Parti québécois s'était engagé à doter le Québec d'une politique du médicament. En effet, dans la Loi sur l'assurance-médicaments, adoptée en 1996, les articles 51 et 52 prévoyaient l'élaboration d'une politique en matière de médicaments grâce à un groupe de concertation qu'aurait formé le ministre. Ces articles sont toujours dans la loi, mais ils ne sont toujours pas appliqués. Le gouvernement a contrevenu à sa propre loi, depuis 1996, en refusant de se rendre aux arguments de l'ensemble des partenaires. C'est là qu'on voit la grande écoute de ce gouvernement.

Si tout le monde revient là-dessus, il doit y avoir dans ce concept des avenues de mesures concrètes. De plus, si le gouvernement l'a inscrit dans sa propre loi et s'y est engagé, il doit y avoir là une raison valable. Sinon on devra en conclure que ces articles de la loi ont été inscrits sans être soutenus d'une réelle volonté d'y donner suite. M. Rochon s'y était engagé, Mme Marois l'a réitéré, et aujourd'hui on s'attend à ce que le ministre comprenne qu'il y a, dans une politique du médicament, des façons de mieux aborder la place du médicament dans notre système de santé et dans notre société en général.

De façon générale, les intervenants dénoncent que le médicament soit considéré comme un corps étranger au système de santé, ce qui s'est accentué avec le virage ambulatoire. Il y a eu un transfert des coûts entre le «silo hospitalisation» vers le «silo ambulatoire» que personne n'est malheureusement en mesure d'évaluer. Plusieurs suggestions nous ont été amenées au cours des consultations sur des transformations proposées quant aux paramètres logistiques du régime. Pour en nommer quelques-uns: simplifier en abolissant la franchise; un régime universel public — là-dessus, plusieurs se sont dit déçus que le comité Montmarquette n'ait pas fait une vraie étude; confier aux ordres professionnels la responsabilité du suivi des profils de prescriptions; les primes modulées selon l'âge et le revenu.

Bien que les éléments, ce soient des suggestions, il faudrait revoir chacun d'eux et évaluer leur pertinence, bien que des éléments avantageux soient présents dans le projet de loi, tels que les aménagements administratifs, qui évitent les contournements de paiement, les possibilités d'entente et le partenariat avec l'industrie, la fusion du CCP et du CRUM en un nouveau Conseil du médicament, l'ajout de critères pour l'ajout de médicaments à la liste, la volonté de faire plus de place aux revues d'utilisation. Mais, là encore, bien des réserves nous ont été exprimées. Exemples: le pouvoir d'augmenter les tarifs par décret, sans consultation; les pouvoirs confiés au Conseil du médicament; l'applicabilité de la transmission des intentions thérapeutiques; la formation continue des professionnels via l'industrie et via le Conseil du médicament; et, également, une grande possibilité de contrôle du professionnel par le Conseil du médicament, ce que l'Ordre des médecins a décrié fortement.

Dans une vision du régime... dans une révision du régime d'assurance médicaments, je veux insister sur la nécessité de garder en tête la situation des démunis et les difficultés de santé qu'a amenées la mise en place de ce régime. Le rapport Tamblin en faisait une nomenclature

des plus inquiétantes. Les hausses successives des contributions exigées font craindre que les drames humains continuent de se vivre pour les gens qui ont à choisir entre manger et se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

En terminant, je tiens à remercier les gens qui ont pris part à la consultation, de même que ceux et celles qui ont suivi nos travaux, de nous avoir apporté des solutions concrètes, tangibles. Et ces gens-là, comme je le dis souvent, ce sont les intervenants de première ligne, ce sont les gens qui ont une vision peut-être la plus juste du régime général d'assurance médicaments. Et je pense qu'on devrait prendre en considération ce qu'ils sont venus nous dire, qu'on devrait leur accorder une attention tout à fait particulière et que le ministre devrait apporter les changements nécessaires à son projet de loi tel qu'il est proposé à l'heure actuelle.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la députée de Laviolette. Maintenant, M. le ministre, pour vos remarques finales. Vous avez huit minutes également.

M. François Legault

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais remercier les députés du Parti québécois et du Parti libéral pour leur participation à cette commission. Je voudrais aussi bien sûr remercier toutes les personnes qui sont venues nous présenter leur position. On a reçu à peu près une vingtaine d'organismes, ce qui nous permet peut-être de se faire une bonne idée, je pense, de ce que pense la population du projet de loi. Je pense que ce que je retiens de cette consultation, d'abord, c'est qu'il y a une volonté chez tous les participants de préserver cet acquis social important qui a été mis sur pied par le Parti québécois en 1997, qui permet à 1,7 million de Québécois et de Québécoises d'avoir accès à un régime d'assurance qu'ils n'avaient pas avant 1997.

Par contre, il y a des inquiétudes chez la plupart des groupes sur la croissance des coûts des médicaments, et c'est pour ça que j'ai été agréablement satisfait de voir que, bon, d'un côté, les mesures qui sont proposées au niveau des principes, les gens sont d'accord. Il y a des modalités sur lesquelles je pense qu'il faut peut-être travailler. Mais il faut se rappeler — et je pense qu'on a eu des bons échanges pour ce qui est de la question du prix des médicaments — je rappelle que le prix des médicaments au Québec n'est pas plus élevé que dans le reste du Canada ou que dans les autres pays dans le monde. Le problème, s'il y en a un, de la croissance du coût des médicaments, à 70 %, ça vient d'une augmentation de la consommation, donc nos efforts doivent se faire sur une meilleure utilisation du médicament.

Donc, je pense que, de ce côté-là, il y a un consensus aussi de la part de la plupart des intervenants sur la création du Conseil du médicament, sur les nouveaux critères aussi d'inscription des nouveaux médicaments. Pour ce qui est de la revue d'utilisation, je pense qu'il y a consensus. Il y a certains groupes, entre autres, concernant le projet-pilote pour la mention de l'intention thérapeutique, entre autres les médecins, qui

souhaitent que ça ne devienne pas un moyen de contrôle. Bon. Ce que j'ai répété, ce qu'on veut, c'est mieux informer chacun des médecins de son profil de prescription pour arriver à une meilleure utilisation des médicaments. Je pense aussi que, du côté de certains groupes, on a demandé qu'on donne des moyens financiers suffisants au Conseil du médicament, donc on essaiera d'agir dans cette direction-là.

Pour ce qui est de la majoration des paramètres de 9,6 %, bon, je comprends que les groupes auraient préféré qu'on ne fasse pas cette augmentation, mais, encore là, rappelons qu'on a une augmentation qui est freinée, du coût des médicaments, grâce aux interventions, aux mesures qu'on met en place avec nos partenaires, c'est-à-dire avec les professionnels, les médecins, les pharmaciens, mais aussi avec l'industrie pharmaceutique. Je veux rappeler aussi qu'on n'a aucune hausse qui est proposée pour les plus vulnérables, c'est-à-dire les prestataires d'assurance emploi, les personnes âgées qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu. Pour ce qui est des autres personnes, je rappelle qu'on parle, en moyenne, d'une augmentation de 3,50 \$ par mois. On parle d'une augmentation maximale de 9 \$ par mois pour ceux qui consomment au niveau maximum.

● (13 h 10) ●

Il y a eu effectivement plusieurs groupes qui ont fait deux propositions, une première pour avoir un régime universel public. Bon. C'est dans ce cadre-là qu'on avait demandé à M. Montmarquette de faire une étude sur cette opportunité. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'avantages à le faire, puisqu'il y avait même des conséquences négatives sur les finances publiques en perdant en partie, directement ou indirectement, la participation des employeurs. M. Montmarquette aussi, je le rappelle, a dit: Il y a des risques comparables entre les adhérents du régime public et du régime privé, donc il n'y aurait pas d'avantages à mettre les deux groupes ensemble.

Il y a plusieurs groupes aussi qui ont fait une proposition d'avoir une politique du médicament. Je pense qu'il y a une certaine urgence d'agir pour assurer la pérennité de notre régime public. Je pense que les sujets qu'on retrouverait dans une politique du médicament se retrouvent pour la plupart dans ce projet de loi, comme le disait d'ailleurs le dernier groupe, l'Association des pharmaciens. Ce qu'on retrouverait en fait dans une politique du médicament, bien, d'abord, c'est une discussion sur l'accessibilité. On a, je le rappelle, déjà, au Québec, un régime qui s'adresse à tout le monde, donc, qui est public. Il y a une couverture totale. Tous ceux qui ne sont pas couverts par un régime privé sont couverts par le régime public, ce qui existe à peu d'endroits dans le monde.

Concernant l'utilisation adéquate des médicaments, ce serait le deuxième sujet qui serait traité dans une politique comme celle-là. On le couvre dans le projet de loi avec la création du Conseil du médicament, avec des suivis, des revues d'utilisation des médicaments, et en ciblant, comme le disait le dernier groupe, certains médicaments qui sont très consommés au Québec, comme les IPP et les coxibs.

Il y aurait aussi, dans une politique du médicament, finalement, renforcement des activités d'information.

On retrouve cette dimension aussi dans le projet de loi. Donc, je pense que c'est important d'agir et je ne vois pas l'intérêt de retarder plus longtemps l'annonce des mesures qui sont incluses dans le projet de loi en se penchant encore très longtemps sur une politique du médicament.

Donc, je pense qu'on propose des mesures, des mesures qui sont responsables. C'est certain, là, que ce n'est jamais facile de faire face à une hausse des coûts de 15 ou 16 %, mais je remarque que l'opposition n'a fait aucune proposition. D'ailleurs, au congrès qui avait eu lieu pour montrer le programme du Parti libéral en octobre 2000, il n'y avait aucune proposition sur l'assurance médicaments. Au dernier conseil général sur la santé, en février 2002, au Parti libéral du Québec, il n'y a eu encore là aucune proposition qui a été faite sur l'assurance médicaments. Donc, à un moment donné, c'est beau de critiquer, mais il faut proposer des mesures responsables, et c'est ce que le gouvernement du Parti québécois fait aujourd'hui avec ce projet de loi pour conserver cet acquis social important.

Donc, en terminant, encore une fois, je voudrais remercier tous les députés, remercier tous les groupes qui sont venus nous aider à essayer ensemble de freiner la croissance du coût des médicaments. On va essayer, au cours des prochains jours, de bonifier les mesures qui sont dans le projet de loi pour freiner cette croissance du coût des médicaments. Et, donc, je veux remercier tout le monde pour leur contribution. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, de même, je voudrais vous remercier, M. le ministre, Mme la députée de Laviolette, de même que tous les membres de la commission, le personnel de l'Assemblée, le personnel de votre ministère et tous les gens qui ont participé, donc, surtout de votre bonne collaboration.

Et la commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 13 h 14)

