



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 3 mai 2005 — Vol. 38 N° 121

Consultation générale sur le document
intitulé *Politique du médicament* (3)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 3 mai 2005 — Vol. 38 N° 121

Table des matières

Auditions (suite)	1
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	1
FADOQ — Mouvement des aînés du Québec	11
Coalition Solidarité Santé	19
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)	27
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	37
Institut économique de Montréal (IEDM)	42

Intervenants

M. Russell Copeman, président
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant
M. Camil Bouchard, vice-président

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Sylvie Roy

- * M. Pierre Patry, CSN
- * M. François Lamarche, idem
- * Mme Hélène Boileau, idem
- * M. Ernest Boyer, FADOQ — Mouvement des aînés du Québec
- * Mme Martine Langlois, idem
- * Mme Gabrielle Pelletier, Coalition Solidarité Santé
- * M. Claude St-Georges, idem
- * Mme Louise Chabot, CSQ
- * Mme Hélène Le Brun, idem
- * Mme Mariette Gélinas, idem
- * M. René Roy, FTQ
- * M. Réjean Bellemare, idem
- * M. Patrick Leblanc, IEDM
- * M. Valentin Petkantchin, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 3 mai 2005 — Vol. 38 N° 121

Consultation générale sur le document intitulé *Politique du médicament* (3)*(Neuf heures quarante-deux minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues. Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le document intitulé *Politique du médicament*.

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

La Secrétaire: Oui. M. le Président. M. Girard (Gouin) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle que l'utilisation des téléphones cellulaires et des téléavertisseurs et d'autres appareils est interdite dans cette salle. Alors, en conséquence, je prierais tous ceux qui en font usage de bien vouloir les mettre hors tension.

L'ordre du jour: nous allons, dans quelques instants, entendre et échanger avec les représentants de la Confédération des syndicats nationaux; ce sera suivi par la FADOQ — Mouvement des aînés du Québec; et nous allons terminer la matinée avec Coalition Solidarité Santé. Il est prévu que nous siégeons cet après-midi. Alors, nous allons écouter attentivement les avis touchant les travaux de la commission aux rubriques des affaires courantes.

Auditions (suite)

Sans plus tarder, je souhaite la bienvenue aux représentants de la Confédération des syndicats nationaux. M. Patry, bonjour. Vous connaissez, je suis convaincu, nos règles de fonctionnement, mais je vous les rappelle en guise d'aide-mémoire. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation. Ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Compte tenu de l'agenda chargé, l'ordre du jour changé, je suis obligé d'être sévère dans l'attribution des temps. Sans plus tarder, je vous prierais de présenter les personnes qui vous accompagnent et par la suite d'enchaîner avec votre présentation.

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

M. Patry (Pierre): Merci beaucoup, M. le Président. D'abord, je voudrais vous présenter M. François Lamarche, qui est du Service des relations de travail à la CSN, à la recherche; et Mme Hélène Boileau, aussi du même Service des relations de travail à la CSN, aux avantages sociaux; moi, je suis Pierre Patry, trésorier de la CSN, et je vous remercie de bien vouloir nous

entendre, ce matin, pour pouvoir présenter les grandes lignes de notre mémoire.

Donc, huit ans après la mise en place du régime général d'assurance médicaments, un projet de politique du médicament est enfin soumis à la consultation. Il était grand temps. La CSN salue l'initiative du ministre responsable, mais souhaite vivement que les travaux de la présente commission parlementaire conduisent à des améliorations significatives du projet à l'étude.

Nous recevons positivement les orientations du projet de politique visant une utilisation appropriée et judicieuse des médicaments, la volonté de resserrer les règles pour la fixation du prix des médicaments génériques ainsi que celles encadrant la marge bénéficiaire des grossistes. Il est démontré que la situation actuelle recèle trop d'abus ou de conflits d'intérêts contre lesquels collectivement il est urgent d'intervenir.

Toutefois, d'autres questions demandent à être revues dans le cadre du projet déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, afin que la mise en oeuvre d'une politique du médicament permette réellement de garantir l'accès aux thérapies médicamenteuses et d'assurer un meilleur contrôle de leurs coûts. C'est sur ces améliorations que nous voulons insister au cours de cette brève présentation.

En premier lieu, nous tenons à souligner notre vive déception que le projet de politique ne donne pas suite aux engagements répétés du Parti libéral du Québec d'assurer la gratuité des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes à l'emploi. Certes, le ministre responsable propose de revenir à la gratuité des médicaments pour les personnes âgées touchant le maximum du supplément de revenu garanti, ce qui est loin d'être un luxe pour les gens qui touchent un revenu de l'ordre de 12 000 \$ par année. Mais comment expliquer qu'il refuse, pour l'instant, d'accorder cette même gratuité aux prestataires de l'assistance-emploi qui touchent un revenu deux fois moindre? Comme bien d'autres groupes et organismes au Québec, nous réclamons instamment que, dans le cadre de la politique du médicament, le gouvernement donne suite à ses engagements et réinstaure la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de l'assistance-emploi.

Autre sujet de préoccupation, le projet de politique suggère qu'un malade pourrait dorénavant se faire administrer en milieu hospitalier un médicament qu'il se serait procuré à l'extérieur de l'hôpital et qu'il y a lieu de revoir les directives concernant l'administration des médicaments dans les services ambulatoires des hôpitaux. Il est vrai que la cohabitation du régime d'assurance hospitalisation s'appliquant aux personnes desservies sur place en milieu hospitalier et du régime général d'assurance médicaments s'appliquant aux clientèles recevant des traitements médicamenteux en CLSC, en cabinet privé ou à domicile pose des difficultés et des problèmes d'équité. Ces difficultés risquent de s'accroître avec la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui, dans de nombreux cas,

regroupent des CLSC et des hôpitaux généraux. Ce que nous dénonçons dans les orientations suggérées, c'est le nivellement par le bas et, selon des circonstances qui ne sont pas définies, l'intention de faire supporter par les usagers le coût des médicaments qui jusque-là étaient fournis gratuitement par les établissements. Nous réclamons plutôt que la prochaine politique prévoie que les médicaments devant être administrés en établissement ou sous supervision médicale soient fournis gratuitement. À notre avis, une telle orientation serait plus conforme à l'objectif d'intégration des soins et services chère au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ceci dit, la situation des régimes d'assurance collective est au cœur des préoccupations exprimées dans le mémoire que nous avons déposé à cette commission parlementaire. Nous considérons que le projet de politique ne prend pas suffisamment en compte les difficultés croissantes que rencontrent les participants à ces régimes privés d'assurance. Pourtant, ces derniers regroupent la majorité des personnes assurées en vertu du régime général d'assurance médicaments: il s'agit de 4,1 millions de personnes sur un total de 7,3 millions.

Selon un bilan de la RAMQ présenté lors du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament, tenu en mai dernier, le coût des médicaments remboursés par les assureurs privés est passé de 748 millions de dollars, en 1999, à 1 244 000 000 \$, en 2002. Ce bond vertigineux s'explique par une augmentation du coût moyen par ordonnance de 21 % entre 1999 et 2002 et surtout par une croissance totale du nombre d'ordonnances de 37 % au cours de cette période.

Évidemment, ces coûts imputés aux assureurs privés se répercutent de façon tout aussi considérable sur les primes des personnes assurées. Selon nos analyses, le coût des primes d'assurance collective chez les salariés syndiqués à la CSN a évolué annuellement, dépendant des groupes, entre 15 % et 20 % à la fin des années quatre-vingt-dix. Au cours des dernières années, cette augmentation a varié entre 10 % et 15 %. À titre d'exemple, dans un des contrats d'assurance analysés récemment, le coût mensuel de la prime d'assurance maladie pour une famille est passé de 149 \$, en 2001, à 234 \$, en 2004, un bond de 57 % imputable pour l'essentiel au coût des médicaments. À noter que ces montants n'incluent pas la taxe de 9 %, là, applicable aux primes d'assurance.

De telles augmentations combinées aux autres garanties d'assurance exercent une ponction significative sur les revenus du travail et poussent le coût des primes au-delà de 10 % du salaire dans le cas des salariés à faibles revenus ou à statut précaire. La pression est devenue considérable et force certains groupes, par exemple dans le transport scolaire — on a vu ça à la CSN — à abandonner leur protection d'assurance collective parce qu'ils ne peuvent plus faire face à la hausse des primes. Donc, ils se retrouvent au régime public d'assurance médicaments, mais par ailleurs ils perdent d'autres types de protection comme l'assurance invalidité.

Nous jugeons qu'il se pose, aujourd'hui, un réel problème d'équité entre les adhérents au régime public d'assurance médicaments et les participants à un régime d'assurance collective. D'une part, le gouvernement du Québec taxe doublement les primes d'assurance collective: une première taxe de 2,35 % dite taxe sur le capital est intégrée aux primes et une deuxième taxe de 9 %

vient augmenter d'autant les primes d'assurance collective. Qui plus est, la contribution des employeurs au régime d'assurance est calculée comme un avantage imposable pour les salariés. En comparaison, les primes payées au régime public sont exemptes de toute charge fiscale.

● (9 h 50) ●

D'autre part, dans le régime public d'assurance médicaments, la prime exigée comporte une progressivité qui tient compte du niveau de revenus des adhérents. De plus, aucune contribution n'est exigée pour la couverture des enfants. Par contre, dans les régimes privés, les personnes assurées doivent obligatoirement payer la pleine prime, y compris pour la couverture de leurs enfants, et ce, quel que soit leur niveau de revenus ou leur statut d'emploi.

Dans les circonstances actuelles, nous jugeons que des interventions sont nécessaires afin de corriger ces différences de traitement et d'alléger la pression à la hausse qui s'exerce sur les primes payées aux assureurs privés. Dans cette optique, nous réclamons que, dans le cadre de la politique du médicament, deux mesures soient prises à brève échéance: premièrement que soient diminuées les taxes s'appliquant aux primes payées pour les assurances collectives, de telle sorte que le volet médicaments de ces régimes soit exempt de toute charge fiscale; deuxièmement, que soit introduit un crédit d'impôt remboursable afin d'établir, dans les primes payées aux assureurs privés pour les médicaments, une progressivité similaire à ce qui prévaut dans le régime public d'assurance médicaments.

Autre question centrale, le prix des médicaments inscrits à la liste du régime général d'assurance médicaments. Cette question — oups! on avait dit pas de cellulaire — est majeure parce qu'elle conditionne les coûts supportés par la partie publique comme privée de ce régime mixte et conditionne conséquemment l'accès aux thérapies médicamenteuses pour les usagères et usagers. Pour nous, il est clair que les prix exigés pour ces médicaments doivent être les mêmes quelle que soit la nature du régime, public ou privé. La nouvelle politique du médicament doit garantir ce principe. Dans cette optique, les honoraires professionnels versés aux pharmaciens pour la livraison de médicaments d'ordonnance sont fixés, dans le cas du régime public, en fonction d'une entente conclue entre les autorités gouvernementales et l'Association des pharmaciens propriétaires. Toutefois, cette entente ne s'applique pas pour les assureurs d'un régime privé, de sorte que les honoraires payés aux pharmaciens peuvent varier selon les cas. Cette situation nous apparaît non justifiée, d'autant plus que les pharmaciens sont appelés à jouer un rôle plus important dans le suivi des ordonnances et l'utilisation des médicaments. C'est pourquoi nous demandons que les ententes portant sur les honoraires professionnels versés aux pharmaciens s'appliquent aussi pour les médicaments d'ordonnance couverts par les assurances privées.

Par ailleurs, sous prétexte de favoriser le développement de l'industrie du médicament breveté au Québec, le gouvernement accorde aux nouveaux produits mis en marché par cette industrie une protection supérieure à ce qui prévaut ailleurs au Canada. C'est ce qu'on appelle la règle du 15 ans. Selon le rapport du Vérificateur général du Québec publié en décembre dernier, le coût de cette protection additionnelle, seulement pour le

régime public d'assurance médicaments, a été respectivement de 14,7 et 22,4 millions de dollars pour les deux dernières années, en incluant le 10 millions que le gouvernement du Québec verse annuellement au Fonds d'assurance médicaments pour supporter cette mesure.

Nous doutons sérieusement de l'efficacité réelle additionnelle accordée à l'industrie du médicament breveté pour des objectifs de développement économique et d'emploi. Le Québec représente 1/2 de 1 % du marché mondial des médicaments et 24,3 % du marché canadien. Il serait surprenant que les firmes multinationales de médicaments innovateurs implantées au Québec opèrent ici principalement à cause des avantages particuliers que leur offre le marché québécois. Selon une étude sur l'industrie du médicament réalisée par le ministère du Développement économique et régional et publiée en 2003, des 23 entreprises pharmaceutiques innovatrices établies au Québec, 20 sont des multinationales ayant leur siège social mondial hors du Canada, 11 d'entre elles y ont des activités de fabrication de médicaments pour le marché canadien et pour le marché mondial, tandis que cinq ont des mandats mondiaux de recherche fondamentale.

Selon cette même étude, les principaux facteurs qui contribuent au développement de cette filière industrielle concentrée dans la région de Montréal sont notamment les suivants: une base de recherche publique en santé de qualité comptant près de 10 000 employés; un financement de la recherche en croissance en provenance du gouvernement du Québec et du fédéral; l'accès des diplômés spécialisés en fabrication ou recherche pharmaceutique et en biotechnologie; et des mesures fiscales favorables.

La CSN est loin de s'opposer à une politique industrielle dans le secteur de la recherche et de la fabrication pharmaceutique, mais nous croyons que la règle du 15 ans propre au Québec a davantage une incidence à la hausse sur le prix des médicaments que sur le niveau d'emploi. C'est pourquoi nous demandons l'abolition de la protection additionnelle que le Québec accorde aux médicaments brevetés.

En plus de maintenir la protection additionnelle dont bénéficient les médicaments brevetés, le projet de politique propose un dégel du prix des médicaments inscrits à la liste du régime général d'assurance médicaments. Cette proposition répond particulièrement aux pressions de l'industrie du médicament breveté. À notre avis, le dégel proposé ajoutera aux augmentations des charges déjà lourdes du régime public d'assurance médicaments et des assurances collectives. À cause de ces effets, le projet de politique prévoit même la conclusion d'ententes avec l'industrie portant sur des mesures compensatoires selon une mécanique de ristournes, là, afin de minimiser, voire d'annuler l'impact sur le régime public de la hausse de prix permise. C'est donc dire que seuls les régimes collectifs, qui regroupent la majorité des personnes assurées en matière de médicaments, supporteront ce dégel.

Pour nous, cette position est injustifiable. Les multinationales des médicaments brevetés planifient dans le prix de départ de leurs produits l'amortissement des coûts de recherche, de fabrication et de mise en marché. Dans un contexte de forte augmentation de la demande en produits médicamenteux, la rentabilité de

ces multinationales est loin d'être en cause. Nous nous opposons donc au dégel des prix des médicaments tel que suggéré dans le projet de politique. D'ailleurs, d'autres provinces canadiennes dont l'Ontario appliquent également une politique de gel. Il en est de même pour la majorité des pays européens. Au minimum, le gel des prix des produits brevetés devrait s'appliquer pendant la durée de protection des brevets.

La fixation du prix des médicaments relève d'un processus complexe relativement éclaté et pas très transparent dans lequel interviennent différents acteurs. Nous croyons qu'il faudrait favoriser une meilleure concertation entre plusieurs de ces intervenants afin de négocier de façon plus serrée avec l'industrie l'établissement du prix de vente de leurs produits. Au Québec, l'inscription d'un médicament à la liste couverte par le régime public et les régimes privés représente un avantage certain pour les fabricants, qui profitent ainsi d'un débouché et d'un volume de vente pour leurs produits.

Dans son projet, le ministre responsable semble davantage préoccupé de stratégies touchant le régime public, alors que les coûts des régimes privés supportés par les assurés sont aussi en pleine explosion et exigent tout autant des interventions publiques selon la logique même de notre régime mixte. Dans le cadre des négociations avec les fabricants, il est primordial que les porteurs de parole gouvernementaux adoptent une position représentant l'intérêt de l'ensemble de la population afin que les prix établis s'appliquent de manière généralisée, quelle que soit la nature du régime d'assurance. Ce serait là profiter d'un effet de volume tout en défendant l'intérêt général.

Dans le même sens, nous sommes d'avis que la politique du médicament doit ouvrir à une concertation avec d'autres provinces canadiennes. Il est incompréhensible que, sur la question du prix des médicaments, il n'y ait pas plus de concertation entre les gouvernements provinciaux face à de grandes firmes pharmaceutiques qui occupent une position de monopole pour différents types de produits consommés partout au Canada. Le comité Montmarquette suggérerait aussi une telle concertation qui ne pourrait se traduire autrement que par des escomptes significatifs compte tenu des volumes en cause. À notre avis, c'est aussi cette direction qui doit être considérée dans le cadre de la politique du médicament.

Les compagnies pharmaceutiques misent beaucoup sur les stratégies commerciales pour la vente de leurs produits. Aux États-Unis, pour chaque dollar dépensé pour l'achat de médicaments, 0,20 \$ vont pour payer les frais de publicité des fabricants, le salaire des vendeurs, les échantillons gratuits distribués aux médecins et pharmaciens et autres frais de sollicitation auprès des professionnels de la santé.

Selon le document soumis à la consultation, les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques en matière de marketing influencent le choix des médicaments prescrits par les médecins. En outre, les compagnies octroient des rabais et ristournes à des pharmaciens propriétaires pour la vente de leurs produits, alors que le coût de ces avantages est comptabilisé dans le prix de médicaments couverts par les régimes d'assurance. Le projet de politique propose avec raison d'encadrer et de réglementer ces pratiques commerciales, mais tout le défi sera de passer des intentions aux actes, compte tenu des réticences qui ne manqueront pas de s'exprimer du

côté de l'industrie pharmaceutique. Nous ne pouvons qu'inciter fortement le gouvernement du Québec à mettre en oeuvre de telles mesures afin d'optimiser l'utilisation des médicaments.

En résumé, en conclusion, dans son projet de politique du médicament, le ministre de la Santé et des Services sociaux se préoccupe d'assurer la présence au Québec d'une industrie pharmaceutique dynamique qui contribue à l'essor économique. Nous partageons cette préoccupation, mais celle-ci ne doit pas se traduire dans des décisions qui vont à l'encontre des objectifs que doit poursuivre une politique du médicament, c'est-à-dire assurer l'accès aux thérapies médicamenteuses selon les besoins, exercer un meilleur contrôle sur les prix payés aux fabricants et favoriser une utilisation optimale des médicaments dans le processus des soins.

Ici comme ailleurs, la recherche et la production pharmaceutiques sont dominées par de grandes firmes multinationales qui exercent un contrôle considérable à l'échelle mondiale sur ce secteur névralgique pour la santé des populations. Ces firmes multinationales comptent parmi celles qui sont les plus prospères en matière de rendement sur le capital.

● (10 heures) ●

D'un point de vue social et éthique, leur comportement d'affaires est loin d'être sans reproche, particulièrement à l'égard des pays du Sud et des populations moins bien nanties. On l'a vu, par exemple, en ce qui concerne l'accès aux médicaments contre le sida. Certains pays comme l'Afrique du Sud et le Brésil ont dû prendre des moyens draconiens à l'encontre de la protection des brevets revendiqués par ces multinationales, afin de rendre accessibles à leur population les nouveaux traitements contre cette pandémie.

Le ministre suggère d'intensifier les discussions avec l'industrie et même de créer un forum permanent d'échanges avec ses représentants afin de maintenir un équilibre entre les politiques de santé et de développement économique de cette industrie. Il est difficile de s'opposer a priori à de telles intentions. Mais, compte tenu de la taille des acteurs économiques en cause, nous pensons que le Québec aurait intérêt, sur certaines questions, à s'associer avec d'autres gouvernements, particulièrement avec ceux des autres provinces canadiennes, afin d'obtenir un meilleur règlement sur des problèmes qui se posent ici et ailleurs au Canada.

Par ailleurs, dans son projet de politique, le ministre affiche une grande préoccupation concernant l'impact croissant des médicaments sur les finances publiques. Là encore, nous partageons cette préoccupation. Mais celle-ci ne peut constituer une objection, sur le plan de l'équité, pour reporter des mesures permettant d'assurer l'accès aux médicaments pour les personnes en situation de pauvreté.

En outre, il serait malheureux que la politique du médicament qui sera adoptée au terme de cette commission parlementaire laisse dans l'ombre les difficultés que connaissent, aujourd'hui, les assurés des régimes privés qui sont aussi aux prises avec l'explosion des coûts de leur assurance médicaments. Il est essentiel que la nouvelle politique réponde aux enjeux qui confrontent notre système de protection, que l'assurance soit publique ou privée. C'est ce qu'exige la logique même du régime général d'assurance médicaments mis en place en 1997.

C'est aussi ce qu'exige l'intérêt général. Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Patry. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Patry, Mme Boileau, je crois, M. Lamarche, pour votre visite. Un mémoire, je dois dire, très bien rédigé et très clair également sur plusieurs éléments que vous êtes les premiers à toucher, dont effectivement la nécessité de s'interroger sur les régimes privés collectifs. Comme vous l'avez bien dit, la Loi de l'assurance médicaments, dès le départ, est un régime mixte dans lequel on a introduit certaines caractéristiques des régimes privés collectifs. J'y reviendrai un peu plus loin.

Je vais juste commencer par les derniers mots. Dans les derniers mots que vous avez prononcés, je m'interroge un peu sur ce que vous nous recommandez de faire en termes de concertation avec les autres provinces. Vous savez que la politique continue du gouvernement du Québec, toutes formations politiques confondues, a été de sauvegarder de façon extrêmement jalouse les prérogatives, les juridictions québécoises en matière de santé. Et, par exemple, dans le domaine du médicament, c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas accepté d'adhérer au Common Drug Review, qui est le mécanisme d'homologation des médicaments qui existe dans d'autres provinces, qui, en passant... Si certains se plaignent de la rigidité ou de la difficulté de par le Conseil du médicament au Québec, lorsque l'on parle du Common Drug Review, ils sont assez satisfaits finalement du Conseil du médicament du Québec. Alors, comment est-ce que vous pouvez concilier cette recommandation de concertation interprovinciale avec la position historique du gouvernement dans le domaine de la santé, qui est un emblème et un enjeu majeur dans la fédération canadienne?

M. Patry (Pierre): Bien, pour nous, c'est clair, M. le ministre, ce n'est pas la... pour la CSN, que les champs de juridiction des provinces doivent demeurer dans les provinces, puis la santé et les services sociaux au premier chef. Ce dont il s'agit ici, c'est d'assurer une concertation entre les provinces face à l'industrie pharmaceutique pour pouvoir, compte tenu de l'effet de volume, négocier les meilleurs prix pour les médicaments. Donc, il est hors de question de faire en sorte de renvoyer ça au fédéral. Ça appartient aux provinces, mais ça n'empêche pas les provinces de se concerter entre elles pour pouvoir obtenir un meilleur prix pour les médicaments, de sorte à ce que les personnes au Québec puissent faire en sorte de pouvoir se procurer des médicaments à meilleur coût. C'est de ça qu'il s'agit, il ne s'agit pas de déléster le gouvernement du Québec d'une de ses principales responsabilités en matière sociale.

M. Couillard: Oui, d'ailleurs, sur cette question, même la question d'un éventuel achat en masse ou «bulk purchase», comme on dit en anglais, pancanadien, le gouvernement du Québec préfère ne pas s'introduire dans cette démarche-là justement de crainte de perdre le contrôle sur l'homologation puis l'approbation des médicaments. Parce qu'on peut difficilement imaginer un mécanisme interprovincial qui ne parlerait que d'achats,

de volumes, sans également s'interroger sur l'inscription des médicaments, la valeur thérapeutique, les listes d'exceptions, et c'est là que la question du Common Drug Review entre en jeu. Je pense que c'est une pente un peu... Je comprends l'intention, mais ça m'apparaît une pente un peu glissante, là, pour le Québec.

M. Lamarche (François): Peut-être juste pour rajouter. Il y a déjà des mécanismes qui lient, d'une certaine manière, le Québec avec d'autres provinces concernant le prix des médicaments, parce que le Québec profite d'une disposition, quand le médicament est plus... le prix est fixé plus bas dans d'autres provinces, le prix plus bas s'applique au Québec. Donc, ça, c'est une mesure passive, d'une certaine manière. Alors, nous, on dit qu'il faudrait qu'il y ait des stratégies plus proactives concernant les discussions avec les compagnies pharmaceutiques, sans évidemment abandonner la responsabilité du Québec puis la juridiction dans le domaine de la santé. C'est d'ailleurs des pistes d'orientation qui étaient soumises par le comité Montmarquette pour qu'on puisse profiter des effets de volume, étant donné que les problèmes sont les mêmes, là, au Québec ou dans les autres provinces, concernant les discussions avec les compagnies pharmaceutiques.

M. Couillard: Passons maintenant, vu le temps qui nous est alloué, à la question des régimes privés collectifs — puis je vous félicite d'avoir abordé la question dans votre mémoire. Ce sera certainement l'occasion dans d'autres circonstances, mais, aujourd'hui, c'est une bonne façon d'introduire la question.

Effectivement, la Loi de l'assurance médicaments demande que chaque citoyen soit couvert par une assurance privée ou publique pour les médicaments. Il faut se souvenir qu'à l'époque il y avait 1,4 million de Québécois qui n'avaient aucune couverture pour les médicaments. Et, pour ce qui a trait aux régimes collectifs privés, la loi indique un seuil de couverture minimal, c'est-à-dire qu'on se base minimalement sur la liste du régime général d'assurance médicaments, minimalement sur les niveaux de contribution qui sont décrits dans la Loi de l'assurance médicaments pour le régime public, mais il est possible, pour les régimes privés, d'excéder donc ce niveau minimal.

Et c'est là que la comparaison devient un peu boiteuse parce que, comme, vous-mêmes, vous l'avez souligné, les régimes privés collectifs accordent souvent des couvertures qui vont au-delà de ce que le régime public accorde, en termes de liste de médicaments particulièrement. Si on reste juste dans le médicament, la liste n'est souvent pas la même. Et en plus il y a d'autres types de protection qui sont ajoutés, exemple: soins dentaires ou non, lunettes, etc., invalidité — vous l'avez, vous-mêmes, dit. Alors, c'est très difficile de faire des comparaisons tout à fait exactes entre les deux.

Et je retiens vos recommandations — j'en ai retenu trois: la question des honoraires pour les pharmaciens, la question des taxes sur les primes d'assurance médicaments privée, la question d'un crédit d'impôt éventuel pour la progressivité, là, des taxes. Mais, vous savez, c'est deux régimes qu'il est très difficile de comparer, les régimes privés collectifs puis le régime public, parce qu'on parle essentiellement d'un seuil commun, mais un seuil

minimal qui parfois est excédé en termes de couverture. Alors, comment est-ce qu'on fait la comparaison puis l'arrimage entre les deux?

M. Patry (Pierre): Mais il y a d'autres dispositions dans le régime général d'assurance médicaments. Par exemple, pour avoir accès à l'assurance invalidité de l'assurance-emploi, en cas de maladie, il faut forcément avoir un régime d'assurance médicaments au moins équivalant à ce qui existe dans le régime public.

Et, si vous le permettez, M. le Président, on a préparé quelques exemples de cas qu'on pourrait distribuer, si vous le souhaitez, là, pour améliorer la lecture ou pouvoir éclairer le débat quant aux impacts des prix dans les régimes privés, là, de l'assurance médicaments, pour les petits salariés, parce que c'est là qu'est le principal problème. Parce que — pendant qu'on distribue, je peux peut-être commencer, là — le ministre a raison, c'est vrai que le fait d'avoir introduit le régime général d'assurance médicaments puis qu'on ait couvert 1,4 million de personnes qui n'étaient pas couvertes antérieurement, c'est certainement un pas dans la bonne direction, que la CSN a salué à l'époque. Sauf qu'on constate que, compte tenu du régime mixte puis de tout ce qui a été mentionné, là, quant à la difficulté de contenir les prix des médicaments, puis des iniquités qui existent entre les régimes privés puis le régime public, bien il y a des petits salariés qui se retrouvent en situation extrêmement difficile, qui en arrivent même à se départir de leurs assurances.

Donc, on vous a donné quelques exemples qu'on a vécus à la CSN — c'est des cas réels. Donc, par exemple, dans une municipalité de moins de 25 employés, avec des gens qui travaillent sur une base occasionnelle de six à huit mois, on a constaté que les primes, entre 2001 et 2004, sont passées, par exemple pour une protection familiale, de 1 946 \$ à 3 060 \$; c'est une augmentation de 57 %, dans le cas de la famille. Et, si on regarde le pourcentage du salaire qui est versé seulement pour les primes d'assurance médicaments, ici, là, d'assurance maladie, on constate que, pour quelqu'un qui gagne 18 000 \$, 17 % de son salaire va pour la couverture des assurances. Donc, c'est immense.

De la même façon, on a fait un exemple avec un transporteur scolaire qui... Les salariés ont dû modifier leur régime parce qu'il y avait eu une explosion des coûts. Mais, même en modifiant le régime, on a constaté, rendu en 2004... Ils ont modifié la franchise, principalement c'est au niveau de la franchise qu'ils ont travaillé. Il y a eu une baisse des coûts entre 2000 et 2001, quand la modification a été faite, mais il y a eu une nouvelle explosion des coûts dans les médicaments, si bien qu'aujourd'hui, en 2004, ils ont des taux supérieurs à ce qui existait en 2000 mais avec une protection qui est moindre. Et là aussi vous pouvez constater le pourcentage de ce qui est versé, surtout au niveau familial, là, compte tenu qu'il faut aussi assurer les enfants dans les régimes privés, ce qui n'est pas le cas dans les régimes... c'est-à-dire payer la prime, dans les régimes privés, contrairement au régime public. Donc, vous constatez qu'il y a des coûts importants.

● (10 h 10) ●

Et le dernier exemple qu'on vous soumet, c'est un gîte touristique, en Gaspésie pour être plus précis,

donc dans un endroit où il y a un taux de chômage assez important puis un haut niveau de pauvreté. Bien, on n'a même pas été capable de mettre sur pied un régime d'assurance collective parce que, quand on regardait, même avec un régime assez minimal en termes de couverture, en termes de franchise, en termes de coassurance, quand on regarde les primes estimées, là, en incluant les taxes, là, qui étaient de 500 \$ en individuel puis de 1 000 \$ en familial, puis quand on compare avec le régime public, bien, pour un régime à peu près équivalent, il y a une démesure tout à fait importante qui fait que ces gens-là n'ont pas pu s'assurer.

Mais en même temps qu'ils ne peuvent pas s'assurer au niveau des médicaments, ça fait en sorte qu'ils ne peuvent pas se procurer une assurance invalidité, une assurance dentaire, ainsi de suite, donc on pense que c'est des questions sur lesquelles il faut travailler pour faire en sorte d'assurer une équité entre les régimes privés et le régime public.

Le Président (M. Copeman): Mme Boileau.

Mme Boileau (Hélène): Oui. Je voudrais juste préciser, peut-être, que le dernier exemple, celui du gîte touristique, répond bien aux questions que nous a adressées le ministre, à savoir la difficile comparaison entre les régimes privés et le régime collectif. Dans ce dossier-là, nous avons essayé de bâtir un régime minimal, donc franchise 100, 200, comme dans le régime public, et une coassurance à 75 % — elle était, en 2003, je crois, de 72,5 % dans le régime public — donc vraiment un régime tout près, tout près, bâti le plus près possible du régime public. Parce que ce que recherchaient les travailleurs en négociation, à cette époque-là, c'était de l'assurance invalidité, O.K., mais, en comparant avec ce qu'ils paient ou ce qu'ils doivent payer dans le régime public et sachant que leurs niveaux de revenus sont réellement ceux qui sont indiqués là, c'est vraiment un cas réel, alors il a été impossible d'instaurer un tel régime d'assurance.

L'autre élément. C'est vrai que, dans les régimes privés, des fois la coassurance était de 80 %, mais, depuis, je vous dirais, 1997 et principalement depuis 2000, on a beaucoup de demandes d'intervention. Et tous les dossiers dans lesquels nous sommes, nous avons été demandés, on constate que les gens ont diminué les coassurances à 80 %, se collent à la liste RAMQ sur le remboursement des médicaments. Mais quand même il y a une explosion des coûts des primes, et, en familial, là, il n'y a pas moyen, prenez ça comme vous voulez, il n'est pas possible de se comparer, d'avoir une... de prendre en compte les revenus des travailleurs, des travailleuses pour se rapprocher du régime public. Dans le privé, les enfants ne sont pas exemptés de primes.

M. Couillard: Donc, il faudrait éventuellement isoler la partie médicaments des plans collectifs parce que, là, ce qu'on appelle assurance maladie en général inclut d'autres types de protection. Mais je voudrais en profiter, pour les concitoyens et concitoyennes qui nous écoutent... Pour les régimes privés, des choses qui sont en général peu connues, vous y avez fait allusion dans votre mémoire, c'est que le rythme d'augmentation des coûts dans les régimes privés dépasse le rythme d'augmentation dans le régime public et que, deuxièmement,

les coûts d'administration, contrairement à certaines idées reçues, les coûts d'administration des régimes privés et collectifs sont de loin supérieurs à ce qu'on observe dans le régime général d'assurance médicaments, et malgré ça il y a des différences importantes entre les deux.

M. Patry (Pierre): Voilà un exemple comme quoi, dans le public, on peut faire aussi bien, sinon mieux, que dans le privé à certaines occasions.

M. Couillard: Bien oui. Et surtout l'importance de pouvoir faire les bonnes comparaisons, hein?

M. Patry (Pierre): Oui.

M. Couillard: Maintenant, passons à la progressivité du régime général d'assurance médicaments. Vous avez raison, il y a un élément de progressivité, mais c'est une progressivité que j'appellerais tronquée. Pourquoi? Parce que le régime est fait de telle manière que les gens — théoriquement, du moins, c'était l'intention — qui sont dans le régime général sont en général des gens moins favorisés sur le plan économique, avec des tranches de revenus inférieures, de sorte que la prime maximale, comme vous le savez, pour un individu se déclenche autour d'un revenu de 21 000 \$, 22 000 \$.

Alors, le problème, c'est d'assurer une véritable progressivité dans toutes les échelles de revenus, mais, là, la différence entre les deux populations couvertes devient un facteur limitant important. C'est-à-dire que la population, en termes de nombre de contribuables qui est au régime général, n'a pas le même profil de revenus, nonobstant les cas particuliers, mais en général n'a pas les mêmes profils de revenus que ce qui est dans les régimes privés collectifs. De sorte que c'est très difficile d'harmoniser, de faire de la progressivité entre les deux, parce que, si on devient progressiste sur l'ensemble des revenus, forcément le résultat final, ça va être de taxer de façon majeure ce qu'on appelle la classe moyenne ou les revenus qui ne sont pas très élevés, là, disons, de 30 000 \$ à 45 000 \$.

Est-ce que vous avez réfléchi à cette façon? Parce que vous dites de rendre ça plus progressif ou aussi progressif que le régime public, mais le type de progressivité du régime public, pour les raisons que je viens d'expliquer, n'est pas non plus idéal parce qu'il est conçu pour des gens à bas revenus. Comment est-ce que vous abordez la question?

M. Patry (Pierre): Bien, effectivement, c'est une question qu'il faut regarder pour assurer la progressivité. Nous, ce qu'on propose, c'est qu'il y ait un crédit d'impôt remboursable pour les gens qui sont couverts par les régimes privés, de sorte à ce qu'il puisse y avoir une certaine progressivité. On l'a vu par les exemples tantôt. Quelqu'un qui gagne 18 000 \$ — c'était dans un cas bien précis — payait 17 % de son salaire pour les assurances, alors que quelqu'un qui gagne 30 000 \$, qui n'est pas un salaire très élevé, c'était de l'ordre de 10 %.

D'autre part, c'est vrai qu'il y a des différences de profil entre les gens qui sont dans le régime public et les gens qui sont dans les régimes privés. Mais, dans les régimes privés, il y a aussi des gens qui ne sont pas à hauts revenus parce qu'il y a des travailleuses et des

travailleurs, surtout avec le taux de précarité... On l'a vu, c'est environ un travailleur sur trois au Québec qui est dans un emploi atypique, donc soit à temps partiel, soit occasionnel, soit sur appel, puis ainsi de suite.

Donc, des travailleuses et des travailleurs qui se retrouvent avec des salaires annuels de l'ordre de 20 000 \$, 25 000 \$ par année, là, c'est assez fréquent. Si je ne me trompe pas, le salaire industriel moyen au Québec doit être autour de 30 000 \$, là. C'est aux alentours de ça. Donc, les différences ne sont pas à ce point manifestes pour que l'on ne puisse pas s'inspirer d'un modèle pour instaurer une progressivité dans les régimes privés.

Donc, nous, on pense que ça devrait passer par un crédit d'impôt remboursable pour faire en sorte que les petits salariés puissent avoir un crédit d'impôt remboursable plus important pour minimiser la part de ce qu'ils versent pour leur contribution dans leur régime d'assurance privé.

Le Président (M. Copeman): Il vous reste cinq minutes, M. le ministre.

M. Couillard: Il nous reste cinq minutes pour parler un peu de la question de l'industrie pharmaceutique au Québec. Vous y avez, avec justesse, fait allusion dans votre mémoire, puis je reconnais — et ce qui est positif — que vous partagez notre désir de conserver chez nous cette industrie en termes de prospérité, de création de richesse et d'emploi.

Là où les angles diffèrent cependant, c'est sur les moyens à utiliser pour la garder chez nous. Ce que vous nous dites essentiellement, c'est qu'il n'est pas nécessaire de continuer avec la règle de 15 ans, il n'est pas nécessaire de penser à un dégel des prix, puisque de toute façon il y a d'autres facteurs qui expliquent la présence chez nous de l'industrie. Vous avez cité avec raison la concentration de diplômés, la qualité de la main-d'oeuvre et les programmes publics de recherche, que ce soit provincial, ou fédéral, ou mixte; avec la FCI, par exemple. Ça, c'est des facteurs également qui sont là.

Mais, quand on parle avec les gens de l'industrie — puis il faut leur parler, communiquer avec eux pour voir quelles sont leurs préoccupations — eux parlent de l'ensemble de la situation qu'ils appellent d'accueil favorable du Québec pour la présence de leur industrie ici et ils incluent fortement, très fortement là-dedans la question, entre autres, de la règle de 15 ans.

Et ce que j'ai constaté, au cours des derniers mois, en lisant la littérature un peu internationale, comme vous l'avez fait — vous avez fait des comparaisons internationales à la question: nos compétiteurs maintenant, pour recevoir cette industrie-là, ce n'est pas vraiment les autres provinces canadiennes ou les États américains, c'est de plus en plus des États comme la Chine et l'Inde, où on peut du jour au lendemain implanter une industrie pharmaceutique avec littéralement des dizaines de milliers de personnes potentiellement inscrites à des programmes de recherches cliniques. Et, là, la compétition, je dois dire, est assez dure, et c'est des industries qui ont prouvé par le passé — passé récent — qu'elles sont extrêmement mobiles.

C'est une lourde responsabilité de poser des gestes qui, quelle que soit l'appréciation qu'on peut en faire

auparavant, auraient comme impact de faire perdre des milliers d'emplois de haut niveau au Québec. Comment est-ce que vous comparez la compétitivité du Québec par rapport non seulement à ce qui existe dans le reste du pays ou nord-Amérique, mais également sur le plan international pour retenir ces compagnies?

M. Patry (Pierre): Bien, d'abord, au sujet des exemples que vous donnez par rapport à l'Inde ou à la Chine, je vous dirais que le problème est généralisé. Il ne se limite pas à l'industrie pharmaceutique. C'est un problème d'à peu près tous les secteurs, tous les secteurs d'activité, tous les secteurs d'activité économique.

D'autre part, on l'a dit dans notre mémoire puis dans la présentation que j'en ai faite tantôt, c'est clair que, pour la CSN, on a toujours été fervents d'une intervention de l'État pour permettre le développement économique et principalement le développement de l'emploi. Mais, d'autre part, ce qu'il faut balancer là-dedans... Puis ça, on demande juste à être convaincus, si jamais on nous fait la preuve, qu'il y a une grande utilité puis qu'il se crée véritablement des emplois de par la règle du 15 ans, puis en masse.

Mais le problème, c'est qu'avec cette règle-là ça crée, disons, une pression à la hausse sur l'augmentation des prix des médicaments et, nous, dans l'équilibre entre notre volonté de rationaliser l'augmentation des prix du médicament pour faire en sorte — parce que c'est un bien commun, les médicaments — que ce soit accessible à l'ensemble de la population au moindre coût, au moindre coût possible, et les mesures en termes d'emploi, il nous semble que, dans ce cas-ci bien précis, ça a plus un impact sur la hausse des prix sur les médicaments que sur la création d'emplois, compte tenu de l'ensemble des autres mesures, l'ensemble des autres mesures qui existent.

Donc, si on peut nous convaincre que ça a un impact important sur l'emploi, on est prêts à considérer cette question-là. Mais pour l'instant je vous dirais que notre conviction est plutôt autre, à l'effet que ça a plutôt... surtout un impact négatif sur l'augmentation des prix du médicament.

● (10 h 20) ●

M. Couillard: Je termine là-dessus, M. le Président. Le problème, c'est que c'est une preuve qui se fait trop tard. C'est-à-dire que c'est très difficile d'isoler la règle de 15 ans dans la génération d'emplois puis le maintien de l'industrie parce qu'il y a toutes sortes d'autres facteurs qui y sont inclus. Et c'est un raisonnement que malheureusement on pourrait être amené à faire après le départ d'une ou deux firmes, bien qu'effectivement la règle de 15 ans était importante. Et c'est probablement cette attitude de prudence qui explique qu'en fait toutes les formations politiques confondues, qui ont été au gouvernement depuis 1994, l'ont maintenue. Et je pense que c'est une question de prudence ici pour la prospérité économique du Québec.

M. Lamarche (François): Ce qui est peut-être particulier ou curieux, c'est que l'étude qui a été faite par le ministère du Développement économique, en février 2003, qui analyse la filière industrielle au Québec, ne soulève même pas l'avantage qui serait éventuellement important pour l'industrie, là, concernant la règle du 15 ans. Ils parlent de la qualité de la main-d'oeuvre, de

la dynamique de la recherche en biotechnologie, etc. En fait, eux autres déterminent que c'est les principaux facteurs qui font que l'industrie du médicament breveté est implantée au Québec. Et il n'est jamais question, dans leur analyse, de la règle du 15 ans comme étant un avantage qui retient l'industrie ici.

M. Couillard: On leur posera la question lorsqu'ils viendront chez nous. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. Patry, M. Lamarche, Mme Boileau, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Peut-être, je voudrais juste souligner, étant donné les médias qui en parlent beaucoup aujourd'hui, je voudrais souligner la déclaration que le ministre faisait — et je m'en réjouis, alors ça commence bien la journée, n'est-ce pas? — des positions fermes, là, qu'il a exprimées à l'égard de son intention de refuser toute ingérence d'Ottawa dans ce champ de compétence exclusif au Québec qu'est la santé.

Cependant, on comprend, dans tous les médias aujourd'hui, qu'il a reçu une correspondance du ministre fédéral de la Santé qui, pour la première fois, entend soumettre au mécanisme de résolution des différends en santé la question du financement des cliniques privées de diagnostic. Alors, le Québec s'est donc subordonné à ce mécanisme de résolution des différends qui avait été proposé par Ralph Klein. En fait, il aura l'occasion sans doute d'en parler tantôt.

J'apprécie le fait que vous introduisez, pour la première fois en cette troisième semaine de commission parlementaire, l'ensemble, si vous voulez, du régime vu avec ses deux composantes: privée et publique. Il est certain que le projet de politique — parce que ça reste un projet qui est comme l'équivalent d'un livre vert parce que les choix les plus importants sont encore à faire — passe à côté en fait, en quelque sorte, du régime d'assurance collective qu'on appelle régime privé, hein, en comparaison avec le régime public. Et vous imposez, dans votre présentation, le fait qu'on regarde l'ensemble du régime d'assurance médicaments, public et, si vous voulez, privé. Et, parce que dans le fond il y a un effet de vases communicants, ce que vous dites, c'est que, si on ne règle pas certaines choses dans le régime d'assurance collective, il y aura un déplacement vers le régime public. Puis, vous dites, ce déplacement... Je comprends, dans l'économie générale de votre mémoire, que vous ne le souhaitez pas, ce déplacement, qu'il ne vous semble pas souhaitable. Est-ce que j'interprète bien votre position?

M. Patry (Pierre): Oui, vous l'interprétez bien. Parce que le régime général d'assurance médicaments qui a été instauré en 1997, il prévoyait le régime public et le maintien des régimes privés et avec un certain nombre d'obligations, bon, d'avoir une assurance médicaments au moins équivalente à ce qu'il y avait dans le régime public; pour avoir accès à l'assurance invalidité, il fallait avoir un régime d'assurance médicaments dans son régime privé de sorte à ce que les personnes qui avaient des régimes privés conservent ces régimes-là,

qu'on puisse couvrir 1,4 million de personnes qui n'étaient pas couvertes. Donc, bref, c'était un pas en avant, là. Maintenant, ce qu'on demande, nous, c'est de réinstaurer la gratuité pour les clientèles les plus démunies de sorte à ce qu'il y ait aussi une équité sociale à ce niveau-là.

Et effectivement ce qu'on craint, c'est que des groupes quittent les régimes privés si on ne se préoccupe pas suffisamment de l'explosion des coûts des médicaments aussi dans les régimes privés. Et les personnes, les travailleuses et les travailleurs qui vont quitter les régimes privés, ce sera les moins hauts salariés. Donc, ça va venir créer un autre coût sur le régime public et ça va créer une disparité encore plus grande que celle que l'on vit à l'heure actuelle entre ceux qui sont couverts par les régimes privés et les régimes publics. Parce que, nous, dans les cas qu'on regarde, les gens qui quittent, c'est ceux qui sont des occasionnels, des temps partiels qui, pour maintenir un régime d'assurance collectif dit privé, doivent consacrer une grande partie de leur salaire. Donc, ce qu'on souhaite, c'est qu'on puisse travailler pour faire en sorte que ces gens-là aient de bons régimes collectifs mais qui soient équitables par rapport à ce qui existe dans le régime public. C'est ça, la ligne de notre mémoire.

Mme Harel: C'est donc dire, bon, que vous ne ferez pas partie de la cohorte de ceux qui demanderont qu'il y ait un seul régime, que tout cela soit évidemment fusionné dans un seul régime qui soit public.

M. Patry (Pierre): Écoutez, la position de principe qu'avait prise la CSN à l'époque, c'est qu'il n'y ait qu'un seul régime universel. On constate que ce n'est pas ce qui a été adopté en 1997. Faisant ce constat-là, on constate par ailleurs qu'il y a des problèmes d'inéquité entre les régimes d'assurance collective et le régime public. Et ce sur quoi on veut travailler, c'est améliorer, d'une part, le régime public, notamment pour les gens qui sont plus démunis, mais, d'autre part, faire en sorte que, par exemple, par l'abolition de la taxe de 2,35 %, la taxe du 9 %, par l'introduction d'un crédit d'impôt remboursable, qu'on puisse aussi instaurer une progressivité dans les régimes privés pour faire en sorte qu'il y ait équité entre les régimes et entre les travailleuses et les travailleurs puis ceux qui sont dans le régime privé aussi.

Mme Harel: Ce que vous avez démontré dans votre mémoire, c'est qu'il y a une partie, disons, d'attraction du régime public pour des salariés, si vous voulez, les moins hauts salariés, avez-vous dit, n'est-ce pas? Par ailleurs, ces moins hauts salariés se trouvent à revenus quand même supérieurs par rapport à la moyenne de ceux qui contribuent au régime public. Je cherchais, là, les chiffres pour les remettre, mais, concrètement, dans la mesure où il y a cette taxe, là, de 11 %, ce 11,3 %, plus la contribution de l'employeur qui est considérée comme un revenu imposable, avez-vous pu évaluer — je pose souvent la question puis je n'ai pas encore eu la réponse — avez-vous pu évaluer ce que ça rapporte en revenus fiscaux, cette taxe, et le fait que ce soit un revenu imposable?

M. Patry (Pierre): Français.

M. Lamarche (François): On avait... C'est des chiffres que je vais vous donner sous toutes réserves.

Mais on avait calculé, il y a quelques années de ça, que la taxe sur les primes d'assurance — mais là ça couvre plus large qu'uniquement l'assurance médicaments — ça rapporte au gouvernement près de 200 millions, entre 275 et 300 millions. Alors, nous, ce qu'on demande, c'est... On ne parle pas de la taxe sur l'ensemble des primes d'assurance, c'est sur le volet médicaments qu'on trouve que, dans le contexte actuel, ces charges fiscales là sont injustifiables. Mais c'est à peu près de cet ordre-là pour l'ensemble des primes d'assurance, donc ça comprend plus que les médicaments dans ce cas-là.

Mme Harel: Je pense que, dans une perspective d'avoir justement un portrait d'ensemble, et ce doit être extrêmement important, on fait les démarches, on a tenté à date... On n'a pas obtenu réponse, mais on les aura sûrement. Il est important de savoir l'ampleur, si vous voulez, des revenus fiscaux qui viennent du fait de maintenir un régime privé imposable et taxable, premièrement. Deuxièmement, vous avez beaucoup parlé des travailleurs saisonniers, et ça m'a fait rappeler encore récemment deux correspondances que j'avais de travailleurs qui sont saisonniers au ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs, et c'étaient deux pères de famille qui enfin m'écrivaient à l'effet que, comme ils sont prestataires de l'assurance-emploi une partie de l'année, étant donné qu'ils travaillent comme employés saisonniers au ministère, la loi les oblige à conserver leur assurance collective en période de chômage parce qu'ils sont sur la liste de rappel, et, à ce moment-là, ils paient la part de l'employeur et la part de l'employé durant six mois.

Eux calculaient: Je suis marié, père de deux enfants, la situation est déjà très difficile sur l'assurance-emploi, c'est le seul revenu familial, ma conjointe ne retirant aucun salaire. Le fait de devoir acquitter les primes mensuelles d'assurance collective accroît nos difficultés. La Loi sur l'assurance médicaments, bon, permet au conjoint d'adhérer à l'assurance de l'autre, ce qui n'occasionne pas des frais supplémentaires à la famille. Plusieurs de mes collègues... Bon. Il m'explique tout cela. Il dit que ça lui coûte... Comment faire pour payer des factures qui atteignent les 800 \$ en plus en période de chômage seulement?

Alors, vous devez avoir comme ça sans doute des situations qui font que le fait d'être sur une liste de rappel fait en sorte que ces personnes-là sont doublement taxées, finalement.

M. Patry (Pierre): Mme Boileau va répondre à la question, elle a étudié pas mal cette question-là.

● (10 h 30) ●

Mme Boileau (Hélène): Oui. J'ai eu l'occasion, dans le cadre de mon travail, justement d'aller rencontrer ces travailleurs et travailleuses un peu partout, à travers le Québec, et je vous disais, là, le nombre de demandes est croissant depuis quelques années. Et, dans l'exemple où l'exemple dit «une municipalité», c'est une petite municipalité. Et les assureurs, dans des petits groupes comme ça, exigent que l'ensemble des salariés soient assurés durant toute l'année, et donc les personnes qui sont en mise à pied... Parce qu'il y a quelques travailleurs, huit mois, neuf mois, quand ils sont en mise à pied, l'employeur ne participe pas du tout aux coûts de l'assurance et...

Mme Harel: ...l'employé à cotiser.

Mme Boileau (Hélène): Oui, parce que le fait de pouvoir... Il y a un principe dans le régime général d'assurance médicaments, c'est que, si on peut, on doit, hein? La liberté est un devoir dans ce cas-là. Donc, si on peut demeurer assuré, on doit conserver l'assurance médicaments.

Donc, dans les exemples qui sont là, ce sont de vrais exemples de travailleurs qui appartiennent à des groupes, une municipalité. Dans ce cas-là, le salaire moyen est autour de 32 000 \$, 35 000 \$. Ce n'est pas une grande... c'est une petite municipalité, mais les travailleurs qui sont à mi-temps ou neuf mois-année, c'est 15 % de leurs revenus. Et, là, la part de l'employeur, on ne peut pas la considérer comme étant importante, puisque, pendant trois mois, quatre mois, six mois, ils ne la reçoivent pas.

Dans le transport scolaire, les employeurs des transporteurs scolaires ne sont pas... ils vivent aussi de subventions ou de financement par l'État, et souvent leurs participations dans les régimes sont limitées. Ce n'est pas 50 %, 60 % de la prime sans plafond, donc la prime est limitée. Ces gens-là, même chose, 40 semaines. L'été, ils ne travaillent pas, ils vont sur le chômage et ils doivent conserver leur protection d'assurance. Alors, les salaires qui sont là, ce sont les salaires réels des gens. Même chose, dans...

Mme Harel: Est-ce qu'ils doivent également payer la part de l'employeur, comme c'est le cas pour les employés saisonniers des ministères?

Mme Boileau (Hélène): Oui. Dans les exemples dont je vous parle, les municipalités, c'est exactement ça, exactement.

Mme Harel: D'autre part, souvent on entend, bon, comme l'a fait le ministre tantôt, rappeler que la liste de médicaments n'est pas la même — hein, c'est ce qu'il mentionnait — la liste des médicaments n'est pas la même du régime public et privé. Évidemment, plusieurs vont faire valoir ici même, là, devant cette commission, que c'est un système à deux vitesses, il y a finalement une plus grande ouverture aux nouveaux médicaments dans le régime privé que dans le régime public, et la crainte, c'est que ça aille en s'accroissant. Alors, je ne sais pas si vous avez un point de vue là-dessus.

M. Patry (Pierre): Écoutez, si la différence des coûts ne s'expliquait que par le fait qu'il y a une plus grande couverture dans certains régimes privés, on pourrait comprendre la situation. Mais, dans les exemples que Mme Boileau vous donnait tantôt, puis en particulier celui, là, du gîte touristique en Gaspésie, où on a cherché à établir un régime d'assurance parce que les gens voulaient l'assurance invalidité, puis qu'on s'est collé sur le régime public, et que, même en se collant sur le régime public, on constate des différences de coûts qui sont assez importantes, plus particulièrement pour les familles, donc le deux vitesses, des fois, il peut jouer également dans l'autre sens. C'est ça qu'on dit, nous, dans notre mémoire.

On est d'accord qu'il y ait un régime général d'assurance médicaments, on est d'accord qu'il y ait un régime public, on souhaite même étendre la gratuité. Bon. Le ministre le propose pour les gens qui sont au maximum du supplément de revenu garanti, nous, on pense que ce devrait être également pour les prestataires de l'aide sociale. On est d'accord avec ces principes-là, mais d'autre part on ne peut pas faire en sorte qu'on maintienne des iniquités entre les régimes privés et le régime public, d'autant que, dans le régime privé, il y a des petits salariés qui font en sorte qu'ils paient des primes importantes, beaucoup plus importantes que s'ils étaient dans le régime public. Et l'effet que ça a, c'est qu'il y a des groupes qui quittent les régimes privés pour s'en aller dans le régime public. Quand ils font ça, ils créent une pression sur le régime public d'une part, mais ils se départissent d'avantages qu'ils avaient aussi, en termes d'assurance invalidité par exemple, ce qui peut être assez important, dans beaucoup de cas, pour des travailleuses et des travailleurs à petit salaire.

M. Lamarche (François): Mais peut-être que ce qu'il faut dire aussi, c'est que, compte tenu de l'explosion des coûts, depuis six, sept ans, il n'y a plus de couverture... la règle générale, c'est que les avantages qu'on pouvait constater dans les régimes privés n'existent plus, même pour les gens à revenus moyens, parce que la pression sur les coûts est devenue trop forte. Donc, en général, les gens se rabaissent sur la liste couverte par la RAMQ et... On peut peut-être en trouver, mais ce n'est pas la tendance maintenant.

Mme Harel: Bien, le dernier exemple étant le Barreau...

M. Lamarche (François): Les employés du Barreau.

Mme Harel: ...le Barreau avec ses 3 000 ou 4 000 avocats qui n'étaient pas couverts dans... ne veulent plus l'être, dans un régime collectif, et ils veulent adhérer au régime public, avec sans doute le glissement de l'ensemble des ordres professionnels à venir.

M. Patry (Pierre): Juste un mot là-dessus, pas pour expliquer la décision du Barreau, loin de là, mais, pour beaucoup de membres du Barreau, ils peuvent avoir accès à des assurances privées, y compris pour l'invalidité, tandis que, pour les travailleuses, les travailleurs, ce n'est pas le cas. Donc, les gens, quand ils sont dans des assurances collectives et qu'ils quittent leur assurance... bien, c'est-à-dire qu'ils abandonnent leur assurance collective comme groupe, ils n'auront plus accès à aucune assurance invalidité. Donc, je ne veux pas cautionner la décision du Barreau, loin de là, mais ce n'est pas non plus des situations totalement comparables avec des travailleuses et des travailleurs, là.

Mme Harel: Dites-moi, pourquoi est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir une assurance invalidité distincte de l'assurance médicaments?

M. Patry (Pierre): Pardon? J'ai mal compris la question.

Mme Harel: Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir une assurance invalidité distincte de l'assurance médicaments?

M. Patry (Pierre): La loi est ainsi faite.

Mme Harel: Elle est ainsi faite, hein?

M. Patry (Pierre): La loi est ainsi faite que, pour avoir accès à une assurance invalidité dans un régime d'assurance collective, on doit aussi avoir un régime d'assurance médicaments, auquel cas doit être au moins équivalent à ce qui existe dans le régime public. C'est la loi qui est ainsi faite. Donc, c'est pour ça que, quand on crée des pressions à la hausse dans les régimes d'assurance collective, pour ce qui est du régime d'assurance médicaments, il y a des gens qui arrivent à constater qu'ils consacrent 10 %, 15 % de leur salaire pour l'assurance médicaments, il y a des gens qui quittent leur assurance collective. Et, en quittant leur assurance collective, bien, là, ils n'ont plus accès à l'assurance invalidité, donc ils sont doublement pénalisés de par leur décision, qu'ils ont dû prendre à contrecœur bien des fois.

Mme Harel: Je comprends que la faille dans la loi permet des assurances individuelles. C'est la voie dans laquelle le Barreau s'est engagé, c'est ça.

M. Patry (Pierre): Oui, oui, oui, c'est ça.

Mme Harel: Tantôt, vous parliez de gratuité. Bon. Évidemment, dans le projet de politique, elle s'applique à 10 % des personnes âgées qui reçoivent le supplément de revenu garanti. C'est environ 400 000 qui reçoivent le supplément de revenu garanti, et ce qui est proposé, c'est qu'il y en ait 10 %... un peu plus de 10 %, 45 000, 11 % seulement. Et, vous savez, dans le mémoire que vous présentez, ce qui m'a également saisi, là, c'est que la différence des coûts est importante, et, en plus de ça, les régimes collectifs ou privés, là, ne couvrent pas les personnes de 65 ans et plus, et c'est souvent après 65 ans et plus que la demande d'ordonnances est la plus forte. Alors, normalement, les régimes collectifs visent une clientèle, si vous voulez, qui devrait être moins en demande parce que les coûts explosent après 65 ans. Donc, l'écart pourrait être encore plus important entre public et privé que ceux-là mêmes que vous nous présentez où on voit bien que l'écart s'accroît, mais ça pourrait l'être encore plus si ça couvrait...

M. Lamarche (François): Si les personnes de 65 ans étaient intégrées, oui, oui, c'est évident.

Mme Harel: Oui, parce que finalement, à 65 ans, automatique, c'est le public, et c'est là finalement où la demande est la plus forte, hein?

Mme Boileau (Hélène): Oui. D'ailleurs, les statistiques publiées par la RAMQ à chaque année, là, nous montrent l'évolution des coûts selon les clientèles, là, les clientèles de plus de 65 ans, les clientèles de l'assistance-emploi et les clientèles régulières. Pour ce qui est des clientèles régulières, effectivement on voit la hausse de coûts... de consommation de médicaments, de coûts,

c'est analogue, mais effectivement, sur les 65 ans et plus, il y a des différences importantes.

Mme Harel: Le ministre me fait valoir — puis il a raison — que ce n'est pas automatique, sauf que, dans la réalité, c'est 95 % des 65 ans et plus qui s'en vont dans le public et 5 % dans le privé parce que c'est trop cher dans le privé, c'est trop coûteux dans le privé. Alors, 4 %, 5 % restent dans le privé, mais c'est très peu.

Mme Boileau (Hélène): Les régimes sont dessinés comme ça maintenant. Jusqu'à 65 ans, ils conservent... les retraités généralement restent dans le régime et ils ont la même prime que les actifs. Il y a une collectivisation du risque et des coûts. Mais, à partir de 65 ans, c'est insoutenable, là, les groupes... ce serait insoutenable pour un groupe de conserver les retraités.

Mme Harel: Mais vous vous rendez compte à quel point l'écart est encore plus grand qu'on le constate maintenant, parce que, si on faisait des projections actuarielles, on verrait que finalement c'est vraiment après 65 ans souvent que les coûts augmentent le plus.

M. Patry (Pierre): Effectivement.

● (10 h 40) ●

Mme Harel: Alors, on m'indique que c'est terminé. Ou il me reste...

Le Président (M. Copeman): Bien, une minute à peine.

Mme Harel: Une minute à peine. Alors, je vous la laisse.

M. Patry (Pierre): Ah! Bien, écoutez, on vous remercie de nous avoir entendus ce matin. On est plus particulièrement satisfaits parce que c'est venu des deux partis, le parti au pouvoir puis le parti de l'opposition officielle, qui nous ont signalé qu'on avait un angle original en traitant la question des assurances privées. Comme ça couvre plus de 4 millions sur 7 millions de personnes, ce n'est pas un facteur qui est négligeable. Puis, comme le régime d'assurance médicaments est ainsi fait qu'il y a le régime public et il y a les régimes d'assurance collective, donc on souhaite que le ministre, dans les améliorations qu'il pourra apporter au mémoire, outre les autres recommandations qu'on a énoncées, notamment pour contenir l'augmentation des prix des médicaments, qu'il puisse s'attaquer à la question aussi qu'on contienne l'augmentation des prix, y compris pour les régimes privés. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Patry, Mme Boileau, M. Lamarche, merci beaucoup pour votre contribution à cette commission parlementaire au nom de la Confédération des syndicats nationaux.

Et j'invite immédiatement les représentants de la FADOQ — Mouvement des aînés du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, bonjour, M. Boyer, Mme Langlois. On vous souhaite la bienvenue à cette commission parlementaire sur la politique du médicament. Je sais, M. Boyer, que vous connaissez nos règles de fonctionnement, je vous les rappelle pour fins d'aide-mémoire. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, ce sera suivi par un échange de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je dois imposer de façon assez draconienne les limites dans les temps. Je sais que vous êtes compréhensif, et nous sommes à l'écoute. Allez-y.

FADOQ — Mouvement des aînés du Québec

M. Boyer (Ernest): Donc, je voudrais, pour commencer, remercier M. le ministre de nous donner l'occasion de pouvoir s'exprimer et je voudrais également remercier les membres de la commission également de nous recevoir. Écoutez, nous, on est une organisation qui représente plus de 280 000 personnes au Québec et nous sommes également présents dans l'ensemble du territoire du Québec. Et on est extrêmement intéressés par cette politique-là parce que notre mission vise à maintenir et à améliorer la qualité de vie des aînés, que ce soit en les encourageant à de la pratique d'activités physiques, de loisir, en favorisant l'implication des aînés dans leur communauté ou en intervenant sur les sujets susceptibles d'avoir un impact sur ladite qualité de vie, comme aujourd'hui, et c'est à ce titre que la FADOQ a toujours cru important d'apporter sa contribution au débat vraiment entourant le régime général d'assurance médicaments. Et également je suis d'autant plus sensibilisé depuis que j'ai assisté également au symposium des médicaments que vous avez organisé, M. le ministre, il y a à peu près un an et demi, et, aujourd'hui, nous venons émettre notre opinion. C'est bien évident que nous n'avons pas l'expertise pour agir sur tous les points de ce projet de loi là, mais nous allons nous exprimer sur l'accessibilité financière aux médicaments et également certains aspects de l'utilisation optimale des médicaments.

Et d'emblée également nous tenons à féliciter le ministre de sa sensibilité à l'égard des personnes âgées les plus démunies, soit celles qui reçoivent le montant maximal de supplément de revenu garanti. Et aussi ce qu'on aimerait, c'est que ces personnes-là puissent, un jour, avoir accès gratuitement à tous ces produits qu'il leur faut. Donc, peut-être pour les recommandations, je laisserais Mme Langlois peut-être vous présenter une partie de ces recommandations-là.

Mme Langlois (Martine): M. le Président, M. le ministre, alors donc, évidemment, cette gratuité des médicaments, c'est pour les personnes de 65 ans et plus qui ont le supplément maximal de revenu garanti. Et nous croyons effectivement que la volonté exprimée dans votre document de consultation sur le fait de pouvoir également agir auprès de la population qui reçoit le montant partiel du supplément de revenu garanti est dans la bonne voie, et on espère que ça va être enclenché le plus rapidement possible.

Il faut bien comprendre que, quand on parle de supplément partiel du revenu, alors, à ce moment-là,

pour les personnes, très souvent c'est juste à la limite effectivement du supplément maximal de revenu. Et, quand on voit la pension de sécurité de la vieillesse et ce supplément-là maximal, c'est un revenu pour les personnes de 12 000 \$ par année. Et on sait fort bien que les aînés très souvent vont avoir des tranches de revenus, particulièrement dans la population plus âgée, des tranches de revenus qui oscillent entre 15 000 \$ et 20 000 \$. Alors donc, on pense que ces personnes-là effectivement, puisqu'elles ont à consommer des médicaments et que, depuis l'instauration du régime d'assurance médicaments, les coûts n'ont cessé de grimper pour eux, dont, entre autres, les primes, c'est sûr et certain que ce serait un bénéfice grandement apprécié de la part de ces personnes.

Evidemment, nous croyons effectivement que... Vous avez parlé, dans votre document, que cette accessibilité financière pourrait être faite en corrigeant, dans les meilleurs délais, des gains d'efficience, dans le fond, réalisés... et aux mesures d'utilisation optimale et aux ententes de partenariat. Cependant, nous nous sommes arrêtés effectivement à tout le concept entourant l'utilisation optimale en considérant que ce n'est pas seulement l'utilisateur qui a cette responsabilité-là, mais également la personne qui prescrit. Alors, face à ces considérations, d'une part nous demandons évidemment qu'il y ait un calendrier de travail qui soit mis le plus tôt possible en marche afin effectivement de viser la gratuité au régime général d'assurance médicaments pour toutes les personnes dont le revenu est en deçà du seuil de faibles revenus. Et ceci comprend évidemment... Vous le savez, la FADOQ, on rejoint les gens de 50 ans et plus. Donc, nous n'avons pas seulement des retraités, nous avons des personnes entre 50 et 65 ans qui quelquefois également sont ou bien des travailleurs à mi-temps ou encore des personnes qui sont sur le bien-être social. Donc, ces personnes-là devraient également avoir droit à cette accessibilité.

Bon. C'est évident que, quand nous parlons d'accessibilité, nous n'entrerons pas dans tous les enjeux concernant l'industrie pharmaceutique. La FADOQ, quand il a été question de la Loi sur les brevets au niveau fédéral, la FADOQ s'était montrée favorable effectivement au maintien de ces brevets et avait admis aussi à cette époque que l'industrie pharmaceutique contribuait, au Québec, à la richesse collective, et on considère, encore aujourd'hui, que c'est le cas. Cependant, je pense qu'il y aurait lieu, après toutes les informations que nous avons eues — entre autres, avec l'utilisation de certains passe-droits dans les résidences privées ou encore auprès des médecins — je pense qu'il y aurait lieu de dresser des balises qui soient claires pour cette industrie pharmaceutique, qui, je crois, dans l'ensemble se montre de bonne volonté. Nous avons eu, à quelques occasions... le fait d'avoir travaillé avec ces personnes-là de l'industrie pharmaceutique, entre autres dans l'organisation de colloques, pour voir qu'ils sont sensibles et préoccupés effectivement du fait d'une bonne consommation des médicaments, puisque c'est leur propre réputation qui est en jeu.

Alors, nous espérons également, dans la volonté du ministre, qu'il y ait une présentation, parce qu'on croit que, quand il s'agit de l'accessibilité du régime de médicaments, les gens, les utilisateurs — et ça, notre

réseau en est l'exemple — comprennent très mal d'abord comment ce régime fonctionne. Pourquoi dit-on de ce régime continuellement que c'est un fardeau pour la population québécoise, alors qu'au contraire, à mon avis, le fait d'avoir accès à des médicaments, c'est un bénéfice pour notre société, pour la qualité de vie de ces utilisateurs? Mais d'autre part les gens comprennent mal également qu'à chaque fois qu'on parle du régime d'assurance médicaments on pointe du doigt les personnes âgées. Mme Harel tantôt a spécifié que les gens de 65 ans et plus étaient effectivement les plus grands consommateurs, c'est un peu normal. Quand vous vieillissez, très souvent — malheureusement ou heureusement — les médecins considèrent que le vieillissement doit nécessairement être égal de la pilule. Alors, ça, c'était un commentaire personnel.

● (10 h 50) ●

Ceci étant, je pense que, dans cette explication à donner, il y aurait peut-être lieu, une fois par année, que le ministre, que ce soit M. Couillard ou quelqu'un d'autre, puisse expliquer à la population d'une façon médiatisée, à la télévision, ce qu'a été le régime, pourquoi il y a eu des augmentations, parce que très souvent les explications sont plutôt nébuleuses parce que partielles, et on croit que la population, si elle était mieux informée de la façon dont ce régime-là est effectivement géré mais aussi quels sont les types de médicaments qui sont consommés, pourrait aussi mieux saisir leur propre consommation.

Pour l'utilisation optimale des médicaments, je l'ai dit tantôt, à la FADOQ, on a toujours dit qu'effectivement l'utilisateur, qui est ici un utilisateur-payeur, est aussi responsable de sa propre santé et donc responsable de sa prise de médicaments. Et ça, on le croit encore, et on pense qu'il y aurait effectivement un effort supplémentaire à fournir à ces personnes-là pour justement les responsabiliser à l'égard de cette consommation de médicaments.

Par ailleurs, on est également interrogatif quant au fait du rôle du prescripteur dans l'utilisation des médicaments, puisque très souvent on va entendre et on a eu l'occasion déjà, à certaines reprises, d'entendre les médecins dire: Bien, écoutez, le patient se présente chez moi, bon, il veut avoir un médicament, je me sens obligé de lui en donner, et finalement la personne ressort avec une prescription. On trouve ça très malheureux. Bon. Probablement parce que l'exercice de la médecine, telle qu'elle se fait aujourd'hui, est assez rapide et que le client très souvent, particulièrement quand vous avez 75 ou 80 et que votre élocution ou que votre problème de mémoire vous empêche véritablement de donner toutes les informations au médecin, et très souvent le médecin ne va pas expliquer non plus le type de médicament qu'il donne, dans ce cadre-là, c'est sûr et certain... Et on y revient, puisqu'on l'avait déjà cité lors des audiences sur le projet de loi n° 83, sur toute la question de l'information, que ce soient les cliniques privées, les médecins, pharmaciens et qu'il y ait vraiment un arrimage à l'intérieur de ça.

Je pense que, particulièrement quand il s'agit de regarder l'avenir et l'augmentation de la population âgée, il va être important effectivement que les dossiers-patients soient connus de tous les professionnels avec lesquels ces personnes-là font affaire. Et encore une fois c'est une question... On l'a dit, notre clientèle, notre message

qu'on livre, c'est de responsabiliser, sauf qu'à un moment donné c'est sûr et certain que les gens oublient. Ils se sentent pressés, ils oublient, entre autres, de parler qu'ils vont consommer des produits dits naturels, ils vont oublier effectivement qu'est-ce que c'est, la petite pilule bleue puis la petite pilule rose, puis ils vont oublier la petite pilule blanche, donc, effectivement, c'est sûr et certain que le médecin n'a pas tout le portrait.

Et par ailleurs je pense qu'il y a également des phénomènes... Vous savez que, dans les cadres d'hospitalisation pour les personnes âgées, très souvent ça va être une non-observance de la médication parce que les gens... Et ça, c'est l'impact un peu négatif du régime d'assurance médicaments et de la hausse des primes, c'est que les gens coupent leur consommation ou encore se sentent mieux, donc se disent: Bien, mon Dieu, je vais sauter une journée. Et, entre autres, on l'a vu beaucoup dans les cas d'hypertension, la prise de médicaments est quelquefois très erratique, ce qui amène effectivement des chutes pour les personnes, des maux, ce qui fait qu'il y a des hospitalisations dues à cette non-observance et au fait de ne pas respecter effectivement sa prise de médicaments.

Nous avons relevé effectivement... Parce qu'au fil des ans la FADOQ a été amenée très souvent à intervenir à différents comités ou groupes de recherche sur la prise de médicaments puis essayer d'améliorer effectivement cette utilisation par la clientèle aînée, et on a relevé effectivement qu'en 1997 on avait travaillé effectivement avec une chercheuse pour voir un peu quelles seraient les façons d'améliorer non seulement du point de vue consommateur, mais du point de vue également praticien, et on s'est rendu compte à ce moment-là que la formation des médecins était très peu focussée sur tout le processus de vieillissement. D'ailleurs, on regrette également que tous les essais cliniques des médicaments se font sur une population jeune adulte, pourrais-je dire, ce qui n'a pas nécessairement le même effet de la pilule quand vous avez 65, 70 ou 80. Alors donc, cette formation des médecins, que ce soit en formation continue ou que ce soit en formation de base, on pense qu'elle devrait... Par la force des choses, étant donné le grand nombre de personnes de 65 ans et plus que nous attendons dans moins de 15 ans, je pense qu'il devrait y avoir beaucoup d'heures de consacrées effectivement à ce processus du vieillissement pour faire en sorte que, dans leur pratique médicale et dans la façon dont ils vont prescrire les médicaments... que ceux-ci soient utilisés à meilleur escient et pour le malade, et également pour le type de médicaments qu'ils vont prescrire.

Nous croyons également que le fait d'avoir plus de relations entre médecins et pharmaciens... Je sais qu'il y a 10 ans de cela, bon, parce qu'on avait préparé un colloque, ces corporations se regardaient un peu comme chien et chat. Je pense que les relations se sont beaucoup améliorées, mais je pense qu'on aurait encore davantage à utiliser la compétence du pharmacien, qui après tout, lui, est devenu le spécialiste du médicament beaucoup plus que ne l'est le médecin et donc, par des avis, pourrait être beaucoup plus appelé dans justement la façon dont ils vont évaluer un cas et surtout le type de médicament. Je pense que ça se fait de plus en plus, mais je crois qu'il y aurait encore beaucoup de place à amélioration.

Les réseaux d'informatisation, cela va de soi, je pense que c'est une question d'investissement, mais je pense que ça devient de plus en plus urgent. Si vous avez effectivement des dossiers-patients... Et je crois qu'on a eu déjà l'occasion de vous dire qu'on ne croyait pas que la confidentialité serait plus réduite par ce type d'utilisation, que l'utilisation du papier n'est pas à notre avis beaucoup plus sécuritaire que le fait d'avoir des mots de passe pour pouvoir traiter d'un dossier-client.

Enfin, on croit également que, dans toute la question de l'information qu'on donne aux gens... Tantôt, je parlais au moins d'une information médiatisée une fois par année sur le régime général d'assurance médicaments, comment il est géré et quel est le type de médication, mais je pense qu'effectivement l'idée que votre document de consultation relève sur une ligne Info-Médicaments peut être très intéressante. Entre autres, on sait fort bien le succès qu'a remporté la ligne Info-Santé et l'utilisation qu'en font les gens, et très souvent, je pense, peut-être pas notre clientèle de façon directe, mais les familles vont souvent pouvoir effectivement le consulter et voir si les médicaments que consomment leurs parents, surtout quand il y a des pertes cognitives, par exemple, en quoi elles peuvent être mauvaises et au moins corriger le tir, si besoin est.

Et enfin, bon, c'est sûr et certain que je pense que toute cette consommation, utilisation des médicaments a davantage à avoir la participation de tous les acteurs, qu'ils soient professionnels de la santé ou qu'ils soient consommateurs. Et à ce titre je pense que nous avons déjà démontré, à la FADOQ, le fait de pouvoir acheminer auprès de notre clientèle, évidemment celle qui nous est affiliée, toute l'information nécessaire pour faire en sorte que ces gens-là soient des consommateurs responsables. Et je pense que, pour la plupart des aînés, ce serait un grand point d'amélioration effectivement que les gens comprennent mieux l'utilité du médicament mais également son utilisation, et en ce sens, M. le ministre, je pense qu'au nom de M. Boyer et moi-même vous pouvez être assuré de notre collaboration, comme nous l'avons toujours fait par le passé.

M. Boyer (Ernest): Vous savez, on s'implique... ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on s'implique dans la prise des médicaments. On a des collaborateurs présentement. On a travaillé, par exemple, avec les programmes de recherche. On a un programme aussi qui s'appelle L'information est la meilleure prescription, avec les agences régionales, et aussi on a un autre programme, le programme Médicaments: Oui... Non... Mais!, en Montérégie, et aussi Médicament parlant, à Laval. On a un autre programme également avec MedicAlert, le programme Alerte et en santé. On a un autre programme également avec lequel on travaille avec Pharmaprix, les journées Vive la vie. Donc, on est extrêmement intéressés à améliorer la situation. Et, comme Mme Langlois l'a dit, on est aussi intéressés à participer en informant nos membres. Et, s'il faut participer aussi, M. le ministre, à d'autres occasions, dans d'autres choses, on va le faire pour améliorer la situation des aînés au Québec.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Boyer, Mme Langlois. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. M. Boyer, Mme Langlois, merci pour votre visite à nouveau parmi nous. Je commencerais par toucher la question de l'information de la population sur le régime général d'assurance médicaments. C'est vrai qu'il est un peu compliqué. Par contre, quand on l'évalue, on se rend compte que la conséquence de l'équité qui y est incluse, c'est justement cette complexité relative, et je pense qu'on gagnerait effectivement à mieux expliquer aux gens comment le régime est constitué et quelles sont les pressions qui s'exercent sur celui-ci.

Vous savez que, dans le rapport annuel de la Régie d'assurance maladie du Québec — c'est déposé à l'Assemblée nationale chaque année — il y a toujours une section sur l'évolution du régime général d'assurance médicaments. Mais comment est-ce qu'on pourrait bonifier ça? C'est peut-être le point de départ. À partir de cette information annuelle que nous donne la Régie d'assurance maladie du Québec, comment est-ce que vous nous suggérez de bonifier cet aspect d'information et presque d'enseignement au public, là, pour ce qu'est leur régime public et la façon dont il évolue avec le temps?

• (11 heures) •

M. Boyer (Ernest): Écoutez, moi, je pense que... Je me rappelle du symposium des médicaments parce que vraiment j'ai été marqué par toutes les... ce qui a été dit là. Et, lorsque vous avez fait la synthèse, M. le ministre... À la fin, vous avez fait une synthèse de ça, je crois, et en utilisant des mots ordinaires, pour que la population comprenne, comme, par exemple, lorsque vous parliez que ça coûtait extrêmement cher, le fait que les gens grossissaient — je ne sais pas quel mot vous avez utilisé — l'embonpoint, ça coûtait cher au Québec, etc. Et, lorsque vous avez parlé, par exemple, de médicaments pour la haute tension, qu'on pouvait se procurer des médicaments, des fois, qui coûtaient... Moi, j'en suis un exemple. L'an passé, mon médecin, il m'a prescrit des médicaments parce que je faisais un petit peu de pression, et les premiers médicaments, ils coûtaient 49,95 \$. Mais, à un moment donné, après ce symposium-là, je suis allé le revoir puis j'ai dit: Écoute, il n'y a pas quelque chose que tu pourrais me donner qui pourrait coûter moins cher? Bien, il a dit oui. Ça fait que, là, ils me coûtent 17 \$ et quelque chose, mais ça fait la job pareil.

Donc, c'est tout ça. Je pense qu'il y a de l'amélioration. C'est bien évident que les médecins ont un rôle important à jouer là-dedans, mais je pense qu'en utilisant des mots simples et répétitifs, là, comme vous le faites actuellement avec le programme, là, faites-le pour toi, fais-le pour moi ou quelque chose comme ça, là, je pense que c'est excellent.

M. Couillard: Sur la question de l'hypertension, vous avez raison, l'exercice, c'est important. Moi-même, j'essaie, là, mais je peux faire mieux, par exemple. Mais...

M. Boyer (Ernest): ...on a vu, l'autre fois, que vous montiez les marches à pied, là.

M. Couillard: Oui. Bien, c'est ça. Puis juste ça, faire ça tous les jours, ça fait une différence. Puis il y a des études qui montrent même que, pour une hypertension

qui est au début, un programme d'exercice régulier est aussi efficace que la médication.

M. Boyer (Ernest): Je pense que c'est ça qu'il faut...

M. Couillard: C'est le genre de chose qu'il faut dire et répéter parce que c'est une façon relativement simple de traiter les problèmes sans avoir accès aux médicaments les plus chers. Puis l'exemple personnel que vous donnez nous rappelle que d'introduire toujours de nouveaux médicaments plus coûteux, ce n'est pas nécessairement le gage d'une meilleure santé. Il n'y a pas une correspondance absolue entre les deux, et l'exemple que vous avez touché est très bon.

Il y a une proposition à laquelle vous faites allusion dans votre mémoire, dans notre proposition de politique, sur l'Info-Médicaments. Vous savez qu'Info-Santé existe actuellement, et on veut le bonifier également, mais on pense à introduire un mécanisme par lequel, lorsqu'un citoyen ou une citoyenne a une question sur un médicament, il serait mis en contact ou elle serait mise en contact avec un pharmacien, par exemple, qui pourrait lui donner plus d'informations sur le médicament et les effets secondaires, par exemple, ou les contradictions d'un médicament à l'autre. Qu'est-ce que vous pensez de cette proposition?

M. Boyer (Ernest): Bien, moi, je trouve ça merveilleux. Je trouve que ça a du bon sens, c'est simple. Puis aussi c'est que le pharmacien, c'est le spécialiste des médicaments. Et puis il y a des pharmaciens aussi qui ont plus le tour un peu au niveau de la communication, il s'agit d'en prendre un qui a le tour au niveau de la communication. Comme on voit, il y a une dame qui est médecin, là, qui nous parle occasionnellement, à TVA, et elle a vraiment le tour, elle est simple, elle utilise un langage simple. C'est ça qu'il faut utiliser.

M. Couillard: La question d'information et de l'attente de la population également, il faut faire un effort là-dessus. Il ne s'agit pas de dire que c'est le citoyen qui a toute la responsabilité des médicaments sur ses épaules, mais ce que vous avez mentionné, c'est vrai, puis ça touche et le citoyen et le médecin. C'est que, si on va à un rendez-vous de médecin, puis qu'on en ressort sans prescription, puis qu'on dit: Bien, le docteur ne doit pas être bon, il ne m'a pas donné de prescription, puis qu'on va en consulter un autre ou une autre jusqu'à temps qu'on ressorte avec une prescription, bien, là, on participe au problème. Alors, comment est-ce qu'on fait pour informer puis éduquer nos gens, et particulièrement ceux que vous représentez, à cet impact, là, à cette question qu'un rendez-vous médical qui se conclut sans prescription n'est pas nécessairement un épisode négatif?

M. Boyer (Ernest): Moi, là, écoutez, je suis très heureux de ça. Lorsqu'un client sort de chez le médecin sans prescription, moi, là, ça me fait bien plaisir. Ça coûte moins cher à l'État et aussi ça garde le client peut-être plus en santé. Mais vous avez aussi, dans votre politique, un élément qui est important, c'est l'information des dossiers. On participe actuellement, nous

autres, à un groupe qui s'appelle le CRIS, là. Ce serait C-R...

Mme Langlois (Martine): CARISSS.

M. Boyer (Ernest): CARISSS, CARISSS. CARISSS, excusez-moi. J'ai un problème religieux, je ne sais pas quoi. Oui, c'est ça, le CARISSS, on participe à ça. Et, bon, écoutez, je pense que, si le médecin est informé ou si... Je ne le sais pas si on peut voir les prescriptions là-dedans, on peut... Je ne connais pas tellement le dossier, là, mais, je pense, plus le médecin aura de l'information pour prescrire ses médicaments, mieux ce sera.

Moi, écoutez, je viens du domaine médical également et puis je sais très bien toute la pression que les médecins ont sur le dos. J'ai vu des gens arriver dans une urgence et puis presque supplier le médecin de lui prescrire des Valium ou des choses comme ça. Bon. Bien, écoutez, ça, ça existe pour vrai, là, ces choses-là. Bon. Je pense qu'on a de l'éducation à faire. Nous, en tout cas, on a du travail à faire auprès de nos membres là-dessus. Je ne sais pas si Mme Langlois...

Mme Langlois (Martine): Mais il y a une culture, hein, qui ne date pas d'aujourd'hui, c'est la culture effectivement qu'on prenait la personne... on la prenait en charge, dans le fond. Donc, quand vous aviez 65 ans, l'État vous prenait en charge pour vos soins médicaux, pour vos médicaments, et tout ça, et ça a créé effectivement, je pense, une culture du fait que le médicament, c'est la panacée pour tout. Vous le dites vous-même, de monter l'escalier, quand vous êtes en début de problème d'hypertension, c'est peut-être une façon de régler le problème, donc d'être actif. Et ce qu'on regrette, c'est qu'effectivement la culture fait en sorte — et que c'est la culture du patient comme la culture du médecin — qu'il y a des médicaments et qu'il faut les utiliser. Et à notre avis... et c'est ce pour quoi, quand M. Boyer tantôt évoquait les journées Vive la vie, ne craignez rien, Pharmaprix n'était pas là pour vendre des médicaments, c'était pour donner de l'information par un pharmacien. Mais, nous autres, ce qu'on trouve important, c'est de dire aux gens: Votre personne, ce n'est pas juste des morceaux de personne, c'est que vous avez à être actifs, vous avez à bien vous alimenter, et, si vous consommez des médicaments, faites donc en sorte que tout ça soit bien arrimé. Et le problème, c'est que très souvent les gens vont plutôt aller rechercher, comme vous le dites, une pilule et se sentent effectivement comme... il faut que je ressorte de chez le médecin avec une prescription, alors que, si le médecin dit: Bien non, madame, vous n'en avez pas besoin, moi, à leur place, j'en serais très contente, comme le disait M. Boyer.

Et, comme vous dites: Que pouvons-nous faire? De notre côté, on dit aux gens... effectivement, on essaie de leur apporter de l'information sur autre chose que le médicament. On n'est pas des prescripteurs, cela va de soi, donc c'est avec des experts qu'on le fait. Et on essaie effectivement de dire aux médecins: Écoutez, prenez donc le temps d'écouter. Parce que c'est ça que les médecins n'ont plus, c'est le temps d'écouter les patients pour savoir effectivement qu'est-ce qui va mal. Si la personne dort mal, ce n'est peut-être pas parce qu'elle a

besoin de médicaments, il y a peut-être bien autre chose qui, dans le pourtour de sa vie, fait en sorte effectivement qu'elle a des difficultés de sommeil. Alors, je pense que c'est petit à petit... Je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui en sont plus conscients, mais évidemment cela va de soi que, vous savez, la pénurie de médecins qu'on vit au Québec, bien c'est sûr et certain que ceux qui restent vont se sentir encore plus pressés de recevoir des clients. Donc, c'est un peu la quadrature du cercle, malheureusement.

M. Couillard: M. le Président...

Le Président (M. Paquin): Ça va. M. le ministre.

M. Couillard: Alors, pour ce qui est de l'informatisation, vous savez que, dans le projet, il y a un versant pharmaceutique avec la liste des médicaments que la personne prend, et pour ça ça nécessite l'adoption du projet de loi n° 83 qui est devant l'Assemblée nationale actuellement. Mais on espère pouvoir le mettre en place le plus rapidement possible parce que, dans tout le volet du dossier médical informatisé, c'est probablement celui qui va nous apporter le plus de gains en termes de santé. Et on connaît l'importance des médicaments dans les hospitalisations, soit par manque de médicaments soit par excès ou par mauvaise coexistence d'un médicament et l'autre, alors c'est vraiment l'aspect majeur qui va nous aider à améliorer les choses.

Et il y a également un autre élément qu'on suggère qui s'appelle la revue de médicaments à domicile qui a été introduite en Australie — on en a parlé lors du symposium, vous vous en souvenez probablement — où un médecin et un pharmacien ensemble feraient la revue des médicaments que prend une personne âgée pour un peu faire le ménage, comme on dit, puis remettre ça en ordre, et je pense que c'est de nature également à améliorer les choses. C'est bien.

Le Président (M. Paquin): D'accord. Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, M. le Président. Il me fait plaisir de vous rencontrer et de vous saluer au nom de l'Action démocratique. Je connais bien votre mouvement, FADOQ, puisqu'il est bien implanté dans mon comté. Et je sais que vous êtes très actifs, très vivants et surtout très conviviaux. Votre réseau est fort, bien intégré, se distribue assez bien dans, je pense, la grandeur du Québec. Vos activités sont aimées et courues par vos membres.

Et puis là vous nous avez parlé de programmes — Médicament parlant — d'information. Puisque vous avez déjà expérimenté ces programmes-là, je suppose dans le but d'améliorer les conditions des aînés, pourriez-vous nous dire lesquels sont les meilleurs et la façon que vous vous êtes pris, là, qui a donné de meilleurs résultats pour informer vos membres? En présence de M. le ministre et des hauts fonctionnaires intéressés par ce programme-là, votre expérience pourrait nous servir.

Puis, dans un deuxième temps, ce que je voudrais souligner aussi, c'est que, si vous voulez vous joindre au ministère pour diffuser des renseignements, je crois que cette offre-là est beaucoup à considérer, puisque, pour

avoir souvent participé à vos activités, je sais que vous livrez très bien les renseignements et que vos membres vous font confiance et vont être influencés par ce que vous allez livrer. Vous avez la façon de leur dire et vous avez la façon de choisir comment et quoi leur dire qui fait que vous les influencez. Donc, j'invite M. le ministre à prendre en considération cette offre-là.

Le Président (M. Paquin): Mme Langlois.

• (11 h 10) •

Mme Langlois (Martine): Bien, écoutez, pour répondre à votre question, dans le cadre des programmes que nous avons, évidemment ils sont diversifiés et difficilement comparables. Cependant, quand on vous a parlé du projet Les médicaments: Oui... Non... Mais! dans la Montérégie, c'est un programme qui se fait en collaboration avec les CLSC. Alors, il y a des infirmières de CLSC qui effectivement, lors de ces journées d'information, vont rejoindre la clientèle aînée, et cette clientèle-là reçoit également un carnet qui faisait également partie du programme L'information est la meilleure prescription, où les gens peuvent noter effectivement leurs médicaments. Parce qu'un des problèmes qui est le plus généralement relevé, c'est le fait que les gens ne se rappellent pas nécessairement tous les médicaments qu'ils consomment, et à quel moment ils les ont consommés, et pour quelle durée. Alors donc, on leur fournit un carnet pour qu'ils puissent inscrire.

Le Médicament parlant, c'est un peu la même chose, tandis que les journées Vive la vie, qui maintenant s'appellent journées Zoom Santé, c'est une journée programmable. Alors, les gens choisissent à l'intérieur de quatre blocs, et chaque bloc contient quatre sujets de conférence ou d'activités sur, bon, la prise de médicaments, l'alimentation, l'activité physique. Et, ensuite de ça, ils ont le choix entre le fait de faire affaire avec un podiatre ou quelqu'un qui vient du domaine pulmonaire. Alors donc, la journée est montée de façon à ce que les gens... non pas de prendre le client comme simplement consommateur de médicaments, mais entrer la consommation de médicaments comme étant un des aspects de sa consommation générale et de faire en sorte que tous ces éléments-là soient bien arimés les uns aux autres.

Alors donc, c'est difficile à dire qui remporte le plus de succès parce que chacun a du succès, et tout dépendant aussi du type de clientèle. Par exemple, quand on fait des conférences avec des pharmaciens — d'ailleurs, M. Boyer le soulevait — bon, c'est sûr et certain qu'ils remportent toujours un succès boeuf parce que les gens peuvent leur poser des questions sur leurs propres médicaments ou les médicaments de la voisine puis de savoir effectivement qu'est-ce qu'il en est. Alors donc, ça, c'est un élément, mais autant Les médicaments Oui... Non... Mais! est un programme qui existe depuis au moins sept ans en Montérégie et qui remporte également... et qui n'est pas simplement adressé à la clientèle FADOQ mais qui est adressé à la clientèle aînée de façon générale.

Mme Roy: Merci.

Le Président (M. Paquin): Ça va, Mme la députée?

Mme Roy: Oui.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve, vous avez la parole.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. Boyer, Mme Langlois, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Dans votre mémoire, vous attirez l'attention sur vraiment deux aspects, là, que vous jugez majeurs: celui du financement et de la gratuité pour les personnes à qui on l'a promis, du côté du gouvernement libéral, et, de l'autre côté, sur l'utilisation optimale.

Alors, sur la question du financement, je relisais le programme *Partenaires pour la santé*, qui était la plateforme du Parti libéral il y a deux ans en campagne électorale, et on lisait ceci: «Rétablir la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de la sécurité du revenu et pour les aînés qui reçoivent le supplément...» Donc, environ 400 000 personnes actuellement qui reçoivent le supplément. Il y en a 45 000, dit-on, là, donc 10 %... 11 % en fait pour qui cet engagement serait réalisé. Mais il y en a un deuxième qu'on oublie souvent et qui est le suivant: «Limiter la hausse des coûts des médicaments assumés par les consommateurs — prime, coassurance, franchise — à la hausse du coût de la vie.» Alors, on retrouve ça donc dans cette plateforme électorale: Le Parti libéral du Québec mettra en vigueur une politique du médicament qui va limiter la hausse des coûts des médicaments à la hausse du coût de la vie. Je ne sais pas, est-ce que vous avez retrouvé ça dans le projet de politique?

Mme Langlois (Martine): D'une part, non. Cependant, je pense que, bon, une plateforme électorale est une plateforme électorale. Notre avis là-dessus, c'est sûr et certain que de limiter, comme citoyenne moi-même... Et je sais quelle est la hausse du coût de la vie, ce qui est minime, ce qui fait que, même pour les retraités, comme leur pension de sécurité de la vieillesse est indexée selon l'indice du coût de la vie, eux non plus, ils ne la trouvent pas drôle parce que leur prime augmente plus que ce qu'ils reçoivent en pension de sécurité de la vieillesse.

Cependant, moi, je pense que d'une part notre préoccupation, quand on a écrit le mémoire, ça a été de dire: Il y a des clientèles vulnérables, et de ces clientèles vulnérables, on le sait fort bien, parmi les plus pauvres, ça va être souvent celles qui sont le plus mal en point, qui ont besoin véritablement de plus de médicaments, et on trouve que de faire un pas dans cette direction-là est bon signe. Il est sûr et certain que vous avez... Comme je l'ai expliqué tantôt, pour la clientèle qui reçoit le revenu garanti partiel, il y a également là une clientèle vulnérable dont on devrait tenir compte, et on espère que le premier pas qui a été posé, puis-je dire, par le gouvernement en ce sens va se poursuivre. Mais il est évident aussi pour nous que cela va de soi — et ça, on a eu l'occasion de le dire à de nombreuses reprises — dès le dépôt d'ailleurs du régime d'assurance médicaments, on avait dit que les projections qu'on faisait étaient irréalisables, puisque de vouloir conserver une prime de 175 \$, pour nous, nous apparaissait irréalisable, et, ma foi, au fil des ans, ça s'est avéré.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée.

Mme Harel: Faut-il comprendre, Mme Langlois... Lorsque vous dites: Une plateforme électorale est une plateforme électorale, qu'est-ce que vous entendez par cela? Est-ce que ça ajoute au cynisme de la population à l'effet qu'il ne faut pas...

Mme Langlois (Martine): Bien, écoutez, je...

Mme Harel: ...croire les plateformes électorales, les engagements des partis?

Mme Langlois (Martine): Non. N'y voyez pas le cynisme de la population. Peut-être mon propre cynisme, mais ça, c'est une autre question. Ce que j'ai simplement voulu évoquer ici, c'est qu'il est sûr et certain que, tant qu'on n'est pas au pouvoir, on peut présumer qu'on va être capable de faire des choses et, quand on se retrouve au pouvoir, des fois on constate qu'effectivement il y a des priorités qu'on doit poser ailleurs et que malheureusement il y a certaines choses qui sont soit mises de côté ou soit réalisées. Dois-je vous dire, Mme Harel, que ce n'était pas non plus une suggestion de type politique? Nous-mêmes, quand on fait notre plan d'action, à la fédération, il y a des choses qu'on promet, et malheureusement, en bout de piste, on ne peut pas toujours les tenir.

Le Président (M. Paquin): ...vous voulez rajouter quelque chose, je crois?

M. Boyer (Ernest): Non, ça va.

Le Président (M. Paquin): Ça va? Très bien. Mme la députée.

Mme Harel: Faut-il comprendre que dorénavant les 250 000 membres que vous représentez ne pourront plus croire... 280 000, excusez-moi, dont je suis moi-même, ne pourront plus croire les engagements qui leur sont faits? Et la confiance ne va-t-elle pas s'éroder du fait de se faire promettre... Je crois comprendre que cela fut écrit à sept jours de l'élection du 13 avril 2003 où le chef du Parti libéral, devenu premier ministre, a personnellement écrit qu'il allait, dans la première année d'un premier mandat, s'engager à donner la gratuité. Est-ce que vous aimeriez avoir copie de cette lettre?

Le Président (M. Paquin): M. Boyer.

M. Boyer (Ernest): Bien, écoutez, comme Mme Langlois l'a dit tout à l'heure, c'est sûr que, bon, bien, des fois, on lance des choses... Comme elle l'a dit également, nous aussi, on a un plan d'action et puis on n'est pas toujours capables de le réaliser. C'est bien évident qu'il faut faire attention avec ces choses-là. Moi, je ne suis pas un politicien, je ne fais pas de politique non plus, mais je comprends, des fois, qu'on ne puisse pas réaliser ce qu'on dit. Ça, là, en partant... C'est bien évident que je pense qu'il faut essayer de réaliser ce qu'on dit, parce qu'il faut que le geste suive la parole normalement, mais on n'est pas si fous que ça, là, on est capables de comprendre, des fois aussi, qu'on ne peut pas réaliser toujours ce qu'on... C'est évident que, lorsque quelqu'un nous dit quelque chose, on aime bien que ça se réalise,

mais on peut comprendre aussi qu'il y a des choses qui ne puissent pas se réaliser.

Mme Langlois (Martine): Mais ce que je...

Mme Harel: Est-ce que c'est un peu la chanson de Félix Leclerc? En fait, ce que vous dites, c'est qu'on peut permettre au gouvernement de renier ses engagements à l'égard de la population. C'est ça que je comprends ce matin?

Mme Langlois (Martine): ...on peut permettre à tous de se tromper, alors donc pourquoi pas à un gouvernement? Mais, ceci étant, je voudrais juste, Mme Harel, avant de nous engager plus avant dans cette conversation... S'il y a une population qui est très fidèle sur le plan politique et qui vote en grand nombre, c'est bien la population âgée, et c'est probablement la démonstration que justement ce n'est pas une tranche de population qui est cynique.

Cependant, il est vrai — et je pense, ça, c'est pour toute la population — quand il est question de passer au vote, il est important que cette population-là, une fois qu'elle a été informée... Parce que nous avons mené, pendant la campagne électorale, des débats sur diverses questions en disant aux gens: Venez vous renseigner sur ces questions-là et voyez si effectivement elles vont être remplies, et ce sera aux électeurs eux-mêmes... La FADOQ ne s'est jamais prononcée pour un parti ou un autre, elle a toujours laissé les citoyens, parce qu'on considère que ce sont des personnes autonomes, capables de prendre leurs propres décisions.

Mme Harel: Me permettez-vous, à la page 2 de votre mémoire, de vous demander, l'avant-dernier paragraphe qui se lit comme suit: «Nous tenons toutefois, devant la volonté exprimée — et entre guillemets — "d'étendre la gratuité ou alléger les contributions, selon le cas, aux clientèles à faible revenu"...» Et là vous nous expliquez que le faible revenu, c'est finalement l'ensemble des personnes qui reçoivent les montants cumulés de la pension de la sécurité de vieillesse et le supplément de revenu garanti maximum. Pouvez-vous me dire, c'est dans le projet de politique que vous avez retrouvé cette citation?

Mme Langlois (Martine): La citation d'étendre la gratuité ou alléger?

Mme Harel: Oui.

Mme Langlois (Martine): Oui.

● (11 h 20) ●

Mme Harel: Oui. Donc, c'est dans le projet de politique où on va encore plus loin que l'engagement que vous pardonnez au gouvernement de ne pas avoir tenu. Mais on va encore plus loin en disant: On va étendre la gratuité, on va alléger les contributions aux clientèles à faibles revenus.

Mme Langlois (Martine): Bon. C'est-à-dire que ce qui est entre guillemets, c'est une citation du document de consultation. Et, nous, ce qu'on voulait rappeler là-dedans, c'est que Statistique Canada n'avait jamais parlé

du seuil de pauvreté. Mais, nous, effectivement on affirme que le seuil de faibles revenus est un seuil de pauvreté, parce que, quand vous regardez quelqu'un qui gagne 16 000 \$ dans une région urbaine comme Montréal, bien, qu'il faut qu'il se loge, il faut qu'il paie ses médicaments, qu'il faut qu'il se nourrisse, qu'il se transporte, etc., je pense que c'est important de faire en sorte que ces personnes-là effectivement puissent avoir un accès aux médicaments pour ne pas avoir le choix difficile à faire... le choix justement médicaments ou pas.

Mme Harel: À la page 4 de votre mémoire, *Pour une utilisation optimale*, qui est un des thèmes, là, que vous avez traités, vous dites ceci: «...de 2001 à 2002, le nombre d'ordonnances enregistré par le régime général représentait le principal facteur responsable de l'augmentation du coût du régime accusant 83,2 % des 253 millions d'augmentation.»

Donc, principalement, ce que vous nous rappelez, c'est que 80 % ou un peu plus du coût d'augmentation, cette année-là, est dû au nombre d'ordonnances.

Mme Langlois (Martine): C'est-à-dire que ce n'est pas... Ce qu'on a aussi dit là-dedans, c'est que c'est le nombre d'ordonnances, mais c'est également le coût du médicament lui-même. Parce que ce qu'on veut démontrer, c'est que ce n'est pas nécessairement parce qu'il y a eu plus d'utilisateurs, c'est qu'il y a eu plus d'ordonnances par personne.

Mme Harel: Alors, je voudrais vous interroger là-dessus, à savoir plus d'ordonnances par personne lié au fait que la durée de l'ordonnance ne peut pas dépasser 30 jours. Bon. Vous savez que, dans les autres provinces, ça va jusqu'à 60, parfois 90 jours. Qu'est-ce que vous favorisez, le maintien de cette règle d'une durée de 30 jours qui, on le sait, multiplie le nombre d'ordonnances... Vous l'avez dit avec raison, c'est le nombre d'ordonnances qui explique... un facteur principal. Je crois que c'est 60 %, disons, du coût d'augmentation. Ensuite, c'est... Attendez, il y a le nombre d'ordonnances. Deuxième... Je le sais que c'est juste en troisième, le coût du médicament lui-même, qui explique à peine 10 %. Alors, est-ce qu'on doit maintenir ou modifier la règle d'une ordonnance de 30 jours?

Mme Langlois (Martine): Moi, je dois vous dire qu'on n'est pas suffisamment compétents en ce sens-là pour pouvoir vous répondre.

M. Boyer (Ernest): Moi, je ne peux pas répondre à ça non plus, mais il y a une chose qu'on se questionne. C'est sûr que, lorsqu'on a écrit ce mémoire-là, c'est qu'on se questionnait, on se disait, par exemple: Il y a une amélioration constante de l'effet des médicaments, etc., les nouveaux médicaments, mais c'est que le nombre de prescriptions également augmente. On se pose des questions aussi en rapport avec ça. Les médicaments sont censés être meilleurs, avoir une meilleure efficacité, et on est obligé d'en prescrire davantage. Il y a quelque chose, là, qui...

Mme Harel: Vous voyez, le nombre... J'ai les chiffres, là, du symposium auquel vous avez participé,

60 % de la hausse du coût est due à l'augmentation du nombre d'ordonnances, on prescrit plus d'ordonnances. 28 %, c'est l'augmentation du nombre de participants, parce qu'il y a des gens qui n'y avaient même pas accès auparavant. Et 12 %, c'est le coût, le coût par ordonnance. Alors, ce n'est pas le coût comme tel, là, du médicament, c'est l'augmentation du nombre de participants au régime mais aussi l'augmentation du nombre d'ordonnances.

Mme Langlois (Martine): Si vous me permettez, parce que je veux juste évoquer un cas qui touche notre clientèle. Par exemple, toute la consommation de benzodiazépine, on le sait fort bien, parmi la clientèle aînée, c'est très populaire. Or, on sait fort bien que l'efficacité de ces médicaments, ce n'est pas répétitif. Autrement dit, quand vous avez une ordonnance de ce type-là, ce n'est pas évident, que vous la preniez pendant un an, que ça va être plus efficace, et probablement que ça va avoir perdu de son efficacité. Alors, quand on parlait tantôt de culture aussi de prescription, c'est également là qu'il faut aller voir pourquoi fait-on ce genre de chose. La même chose que pour des enfants où on fait des prescriptions à répétition d'antibiotiques. On sait fort bien qu'en bout de piste, bien ça n'a presque plus d'effet. Alors, pourquoi continue-t-on à le faire? Alors, je pense que c'est dans le cadre plus large, moi, que je situerais cette interrogation que dans le fait effectivement de dire: Est-ce que vous êtes pour la règle des 30 jours ou une règle de 60 jours?

Mme Harel: Je sais que circule actuellement le projet de politique intitulé *Les services aux aînés en perte d'autonomie: un défi de solidarité*. Avez-vous été mis à contribution pour apporter votre expertise dans ce dossier?

Mme Langlois (Martine): Nous avons été invités. Malheureusement, c'était vendredi dernier, et je ne pouvais y être, donc je me suis excusée.

Mme Harel: Vous avez copie de ce document?

Mme Langlois (Martine): Oui.

Mme Harel: Très bien. Alors, avez-vous eu l'occasion d'en prendre connaissance?

Mme Langlois (Martine): Ah! Tout à fait.

Mme Harel: Oui. Est-ce que vous considérez... Bon. Sur la question des soins de longue durée en particulier, de l'accès aux médicaments, vous savez que, si les personnes quittent... comme on l'indiquait, là, dans les journaux ce matin, si les personnes qui sont atteintes de problèmes cognitifs ou Alzheimer quittent les établissements publics, ils ne pourront plus bénéficier de l'accès aux médicaments. Est-ce que vous avez une opinion là-dessus? L'accès aux médicaments d'établissement, là, l'accès aux médicaments gratuits.

Mme Langlois (Martine): Ce que les journaux relevaient ce matin, c'était un peu le style désinstitutionnalisation qu'on a vécu en santé mentale.

Bon. Écoutez, c'est un plan d'action présentement qui est en consultation. Nous, on l'a lu. Vous savez, c'est bourré de bonnes intentions. Malheureusement, ce n'est pas évident qu'on va avoir nécessairement les argents nécessaires pour les réaliser. Je pense que le fait de dire... Oui, le CHSLD n'est peut-être pas nécessairement le meilleur milieu de vie pour une personne très avancée en âge. On en est, puisqu'on sait fort bien quel est l'état des personnes qui y vivent, et d'autant plus que c'est un milieu de style hospitalier, et ce n'est pas nécessairement dans la qualité hospitalière de sa fonction de pouvoir recevoir des personnes âgées qui même ont peut-être des pertes cognitives.

Cependant, c'est sûr et certain, ça fait des années qu'on le dit, qu'on devrait plus avoir de services à domicile. Par ailleurs, à l'autre bout du spectre, on dit également: Il faudrait peut-être avoir plus de soins palliatifs pour les personnes qui sont en fin de vie et de leur offrir un cadre. Or, on sait fort bien qu'il n'y a pas d'argent qui va nécessairement en services à domicile, en tout cas pas autant d'argent qu'on en aurait besoin, que très souvent les proches aidants n'ont pas nécessairement non plus d'aide dans les services qu'ils offrent à leurs parents ou conjoints. On a vu, là, la nouvelle norme du crédit d'impôt de 1 000 \$, mais dois-je vous dire, sur une année, que c'est très peu pour aider des personnes qui consacrent des heures et des heures à leurs parents?

Mme Harel: ...Mme Langlois, que ça ne s'applique pas cette année?

Mme Langlois (Martine): Non, non, je le sais.

Mme Harel: D'accord. Et, l'an prochain, c'est seulement le cinquième.

Mme Langlois (Martine): Le 500 \$, c'est ça.

Mme Harel: Le cinquième, c'est ça.

Mme Langlois (Martine): Le cinquième? Pas la moitié?

Mme Harel: Oui, le cinquième. Oui.

Mme Langlois (Martine): Bon. Alors, c'est encore pire. Et l'autre chose, c'est qu'en soins palliatifs... Autrement dit, notre réflexion là-dessus a toujours été de dire: Il faudrait offrir un processus, des possibilités de résidence pour les aînés, qu'une personne qui est en légère perte d'autonomie ne se retrouve pas, par exemple, en CHSLD où elle va perdre encore plus de son autonomie, qu'il faudrait peut-être avoir des lieux transitoires comme autrefois existaient les centres d'accueil. Les centres d'accueil autrefois, c'étaient des lieux où des personnes effectivement pouvaient conserver leur autonomie. Ensuite de ça, tu allais à l'hospice. Maintenant, bien il n'y a plus de centres d'accueil, il y a des résidences privées qui essaient, hein... Je ne reviendrai pas avec notre merveilleux programme Roses d'or, mais au moins je vais en faire la publicité, sur la qualité des services. Mais vous n'avez plus de lieux transitoires où les personnes effectivement pourraient cheminer à l'intérieur

de ça, et le CHSLD ne deviendrait qu'une étape de passage peut-être avant effectivement le soin palliatif. Mais c'est sûr et certain que le gouvernement, là aussi, essaie de voir des priorités, mais pour nous la première priorité, devant l'ampleur de la population aînée qui s'en vient et leur volonté de rester chez eux, c'est sûr et certain, c'est les soins à domicile qu'on privilégie de beaucoup.

● (11 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Boyer, Mme Langlois, merci beaucoup pour votre présence durant cette commission parlementaire au nom de la FADOQ — Mouvement des aînés du Québec.

Et j'invite immédiatement les représentants de la Coalition Solidarité Santé à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission poursuit ses travaux. Et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants de la Coalition Solidarité Santé. Mme Pelletier, M. St-Georges, bienvenue. Je vous rappelle, pour fins d'aide-mémoire, nos règles de fonctionnement. Vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation. Je vais vous aviser vers la fin qu'il vous reste une minute à peu près pour que vous puissiez conclure. Et par la suite c'est suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Sans plus tarder, je vous invite à débiter votre présentation.

Une voix: Merci beaucoup.

Coalition Solidarité Santé

Mme Pelletier (Gabrielle): Bonjour. Alors, bien avant la mise sur pied de l'actuel régime d'assurance médicaments, la Coalition Solidarité Santé a revendiqué une politique du médicament. Alors, pour nous, une telle politique doit être une composante intégrale de notre système de santé. Elle est essentielle pour assurer à l'ensemble des Québécoises et des Québécois l'accès aux médicaments qui sont nécessaires à la protection et à l'amélioration de leur santé. Le Forum national sur la santé, en 1997, et la commission Romanow sont d'ailleurs allés dans ce sens-là.

La coalition croit également que l'adoption d'une politique du médicament est fondamentale si l'on veut assurer la survie de notre système universel et public de santé et de services sociaux. Alors, c'est un premier pas. On a un projet de politique qui a été déposé.

Maintenant, je vais vous faire part un peu des éléments principaux qui circulent actuellement dans une déclaration commune qui s'intitule *La politique du médicament: La santé de la population doit passer avant les intérêts des compagnies pharmaceutiques*. Jusqu'à aujourd'hui, on a 235 appuis d'organismes à cette déclaration, et en voici les éléments principaux. Le projet de politique qui a été déposé a offert des avenues prometteuses visant les pratiques d'utilisation et de prescription des médicaments de même que l'information destinée à la population. Mais le document ministériel déçoit à plusieurs égards. Entre autres, malgré des engagements électoraux en vue d'assurer la gratuité des médicaments aux 712 000 personnes qui sont prestataires de la sécurité

du revenu et aux aînés qui reçoivent le supplément de revenu, le projet n'accorde la gratuité qu'aux 46 000 aînés qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti, ce qui s'avère pour nous un mince premier pas, mais il faudrait rapidement faire en sorte que l'ensemble des personnes à faibles revenus aient la gratuité des médicaments.

Le document ministériel évite aussi d'aborder la perspective de la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments, lequel pourrait s'avérer une meilleure façon d'assurer l'accessibilité aux médicaments et de maîtriser la croissance des coûts.

Le document contient diverses propositions visant à augmenter la rentabilité de l'industrie pharmaceutique. Alors, tout l'axe pharmaceutique d'ailleurs, dans le mémoire de la coalition, on demande que cet axe-là soit carrément retiré de la politique. Ce document, c'est ça, consacre un important chapitre au développement de l'industrie des médicaments brevetés qui va lui permettre de réaliser davantage de profits. Alors, pour nous, le gouvernement répond aux pressions de l'industrie, notamment en mettant fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments, et il refuse d'abolir la règle des 15 ans de protection accordée aux médicaments brevetés. Pourtant, ce sont des mesures de contrôle des coûts de même que des mesures d'encadrement très strictes des pratiques commerciales d'une industrie pharmaceutique extrêmement puissante et profitable qui étaient attendues par la société québécoise.

Ce que la coalition demande. Ce que nous demandons spécifiquement dans cette politique du médicament: d'abord, que la santé est un droit. Toute personne doit avoir accès aux services de santé et de services sociaux, sans égard à son revenu, son état de santé, son âge ou son sexe.

Les médicaments sont une partie intégrante du système de santé. Nous ne pouvons ignorer l'importance de leur rôle thérapeutique et nous ne pouvons accepter que l'accès aux médicaments ne soit pas universel.

Une politique du médicament est, d'abord et avant tout, une politique de santé. Pour nous, il est inacceptable que les objectifs liés à la rentabilité de l'industrie pharmaceutique aient préséance sur les objectifs de santé publique.

Nous demandons que le gouvernement québécois adopte une politique du médicament qui vise en priorité la santé de la population et qui assure l'accès gratuit aux médicaments prescrits pour l'ensemble des personnes sous le seuil de faibles revenus.

Nous considérons que la politique du médicament doit assurer à l'ensemble des Québécoises et Québécois l'accès aux médicaments nécessaires à la protection et l'amélioration de leur santé. Donc, de façon immédiate, j'ai déjà dit, bon: Il faut tout de suite rétablir la gratuité des médicaments, et ça, pour faire en sorte que les personnes n'aient pas à hypothéquer davantage leur santé soit en se privant de nourriture ou évitent de se soigner.

Il est aussi grand temps, pour nous, de mettre fin aux pratiques abusives de mise en marché et aux privilèges accordés à cette industrie qui coûte très cher à l'État québécois — l'industrie pharmaceutique. Alors, c'est certain que, pour nous, ça, ça doit cesser aussi. Et on demande enfin que le gouvernement entreprenne une

étude sérieuse sur la faisabilité et la pertinence de créer un régime public universel d'assurance médicaments et qu'il ouvre un débat public sur cette question. Je laisse la parole à mon collègue.

M. St-Georges (Claude): Alors, bonjour, M. le Président, MM. les députés membres de la commission, Mmes les députées, pardon. D'abord, je pense que l'essentiel de notre mémoire, un peu comme l'introduction vient de le dire, ça se résume à ceci: Les intérêts de la population ont été jusqu'à maintenant subordonnés aux intérêts de l'industrie pharmaceutique et aux intérêts de l'industrie des assurances, au détriment de la santé et de notre système universel et public de santé et services sociaux. Il faut donc, selon nous, que la situation soit renversée, que les médicaments soient retenus comme partie intégrante du système universel et public de santé et que les intérêts des citoyennes, des citoyens passent en premier.

Lorsque nous sommes venus en commission parlementaire sur la loi n° 83, on a rappelé que le Québec est la province où les dépenses de santé par habitant sont les plus faibles, aussi que le Québec est la province dont les dépenses de programmes en santé sont les plus faibles relativement aux autres provinces. Mais par ailleurs on apprend... quand on regarde nos dépenses collectives en médicaments, on s'aperçoit que nous sommes au premier rang des dépenses privées et publiques de santé, 625 \$ par habitant au Québec, 562 \$ au Canada, donc une différence de 63 \$, multipliée par la population, ça totalise rapidement plusieurs centaines de millions. C'est la source du problème, je pense, que l'on vit, et ça responsabilise toute la chaîne des intervenants de savoir qu'on dépense en médicaments 10 % de plus que la moyenne canadienne.

Et, si l'effort était fait pour se ramener à la moyenne canadienne, par exemple, bien on pourrait très facilement prendre les 150 millions pour donner la gratuité aux personnes à qui on l'a promise, c'est-à-dire les personnes qui bénéficient, en partie ou totalement, du supplément de revenu garanti et le 16 millions que ça prend pour donner la gratuité aux personnes assistées sociales qui gagnent... la moitié des personnes qui sont au maximum du supplément.

Les problèmes ne sont pas seulement que dans le régime public, évidemment. Je prends l'exemple des 35 000 préposés aux bénéficiaires du réseau de la santé qui gagnent en moyenne 19 000 \$ par année et dont les frais d'assurance, uniquement de leurs poches, payés pour les médicaments s'élèvent à 1 200 \$ par année, si c'est un régime familial, en plus des coassurances qui peuvent totaliser, là, jusqu'à 700 \$. Donc, c'est, pour les gens qui travaillent dans le réseau de la santé, une charge énorme, les frais d'assurance.

Nous, on a fait la promotion, depuis longtemps, à la coalition, de l'idée d'un régime universel public et on n'est pas les seuls. Je pense que... dans une grande orthodoxie de réflexions qui ont été faites sur cette question-là, à partir de Castonguay-Nepveu, le Forum national, les rapports qui ont été faits par le gouvernement du Québec, les rapports Gagnon et Demers notamment, et d'autres, beaucoup d'autres études qu'on pourrait citer. Et, juste pour se ramener aussi sur les potentiels d'économies possibles dans un régime universel public, on sait l'efficience

de la RAMQ qui gère ces programmes à 2 %. Et, quand on regarde, au Québec, les assureurs privés gèrent, administrent le remboursement pour à peu près 2,2 milliards d'ordonnances, on pense que leurs frais d'administration sont au moins de 10 %, on a facilement un 200 millions à aller chercher là en fusionnant les régimes.

● (11 h 40) ●

Le fait que le double modèle de prix chez les pharmaciens à l'effet qu'on sait que, les assureurs privés, les pharmaciens chargent en moyenne 8 % de plus que dans le régime public, ça, c'est quelque chose, je pense, qui devrait être rétabli, c'est qu'il y ait un prix unique, qu'il soit régime public ou régime privé. Mais là encore, s'il y avait une uniformisation des coûts, ce serait 8 %, facilement un 100 millions et plus qui pourrait être récupéré dans un régime universel public.

Juste pour rappeler que nos thèses sont, je pense, dans la parfaite orthodoxie de ce qui a été fait dans les études de l'Organisation mondiale de la santé. Je vous réfère à une étude très récente de l'OCDE sur les régimes privés d'assurance dans les pays de l'OCDE. Et la conclusion — c'est une étude très fouillée qui a été publiée en décembre dernier — on dit : «L'assurance privée engendre de sérieux problèmes d'équité et alourdit la facture globale des dépenses de santé.» C'est une des grandes conclusions de ça. Donc, les régimes mixtes coûtent très cher, et ça, on peut référer à beaucoup d'études, des travaux, des articles publiés dans le *New England Journal of Medicine*, etc.

Donc, il me semble que l'idée de la réflexion véritable sur un régime public universel, elle s'impose de plus en plus, et, nous, si vous avez parcouru un peu notre mémoire, on est très, très critiques par rapport au rapport Montmarquette qui a été publié il y a quelques années, et à notre avis le rapport est allé totalement en dehors de son mandat, puisqu'il n'a pas examiné la faisabilité d'un régime public universel et il y a consacré à peu près deux lignes, ce rapport-là. En fait, ce qu'il a fait, le rapport Montmarquette, c'est de proposer des avenues de changement, d'amélioration au régime privé-public. Alors donc, nous, malheureusement, le débat reste entier, et ce n'est pas la commission Montmarquette qui nous a éclairés là-dessus, et, on pense, l'importance de faire cette réflexion-là véritable, pour des raisons économiques avant tout, s'impose, et je pense qu'on invite le gouvernement à ouvrir la réflexion là-dessus.

Deuxième élément de notre point de vue, ça concerne évidemment l'industrie pharmaceutique. On pense que... Enfin, juste peut-être pour revenir un peu sur le document en consultation, il y a des avenues qu'on pense qui sont prometteuses, qui sont intéressantes sur l'utilisation optimale du médicament. On invite... et on souhaite que les propositions qui sont soumises à la fois aux professions concernées et aux établissements puissent apporter des résultats à cet égard, mais on pense que dans l'ensemble la proposition est beaucoup trop timide et beaucoup trop complaisante à l'endroit des compagnies pharmaceutiques.

Je vais vous citer quelque chose : «L'industrie pharmaceutique est d'abord une vaste machine commerciale qui vend des médicaments aux qualités douteuses et qui se sert de sa puissance et de sa richesse pour infléchir toute institution qu'elle trouve sur sa route, dont le Congrès américain, la Food and Drug Administration, les facultés

de médecine, la profession médicale elle-même.» Et c'est une citation de l'ancienne éditrice en chef du *New England Journal of Medicine*. Je pense que quelqu'un qui est en mesure de constater les dommages que l'industrie pharmaceutique a infligés à nos régimes de santé, je pense qu'elle est une personne en autorité pour le dire.

Quand on regarde le document gouvernemental, on s'aperçoit qu'en fait la préoccupation ou l'élément cité le plus important pour maintenir l'ensemble des privilèges à l'industrie pharmaceutique, c'est la présence... ou le risque potentiel qu'on pourrait faire vivre à 17 000 personnes qui travaillent dans l'industrie, plus ou moins. Mais on est très dubitatifs sur cette proposition-là, pour la raison suivante : c'est que ce n'est pas vrai que le Québec est le paradis de la recherche, selon nous. Alors, l'Ontario fait beaucoup plus... en fait nous a damé le pion depuis longtemps, et la croissance des dépenses en recherche en Ontario a progressé, alors qu'elle a diminué au Québec. Alors, c'est 47 %, la recherche, en Ontario; 42 %, au Québec.

Par ailleurs, quand on regarde les statistiques fédérales, la recherche fondamentale, il s'en fait au Canada bien sûr, mais pas au niveau dont on pense. Il s'en fait à peu près, si on regarde, à peu près pour 75 millions au Québec, et, je dirais, si on avait une préoccupation quant à la recherche, à la présence de foyers de recherche au Québec, on devrait regarder du côté des universités, où on s'aperçoit que l'Ontario a deux fois plus d'investissements en recherche universitaire que le Québec. Je pense que, là, c'est quelque chose qui est peut-être la question la plus préoccupante.

Par ailleurs, quant à l'ensemble de l'industrie pharmaceutique au Québec, je pense qu'on est en mesure de comprendre qu'elle n'est pas si dynamique qu'on le pense et que, dans les 17 000, même si le Québec avait une politique qui est beaucoup moins laxiste à l'endroit des compagnies pharmaceutiques, ce n'est pas du jour au lendemain qu'on perdrait l'ensemble de ces fonctions-là, qui sont beaucoup plus... qui sont très souvent de la mise en marché, de la distribution et autres fonctions, ne sont pas nécessairement de la recherche.

Alors donc, c'est, je dirais, cette partie-là qui viendrait conclure deux éléments de notre présentation, à l'effet qu'il faut regarder du côté des assureurs, il faut regarder du côté des compagnies pharmaceutiques et des abus. Je rappelle qu'on voit... en pratique de marketing notamment, la coalition, en 2003, a demandé une commission publique sur les pratiques commerciales douteuses et avec force exemples. On l'a fait en 2003. Il y a des éléments dans la proposition gouvernementale qui viennent répondre à certaines de ces préoccupations-là, mais, nous, on aurait souhaité aller plus à fond.

Peut-être, pour terminer, quelques éléments des propositions, des 34 propositions qui sont dans la politique. Certaines, on les accueille assez favorablement. D'autres... Par exemple, ce qui n'est pas très clair dans la proposition 7, à savoir : Est-ce qu'en clinique externe les gens devront apporter leurs médicaments? Est-ce qu'ils vont devoir à la fois recevoir leurs prescriptions sur place et se déplacer dans les pharmacies, alors que, nous, on pense que le maintien de la gratuité dans cette circonstance-là devrait être?

L'autre chose, je pense, c'est la proposition 18 quant à la composition de la table de concertation. Alors,

on parle de clarifier son rôle et sa composition. Nous, on pense évidemment que les consommateurs devraient y être, c'est une anomalie que les consommateurs n'y soient pas. Maintenant, tout dépend de ce que doit être ou ce que veut être cette table de concertation là. Si c'est un rassemblement plutôt, je dirais, entre guillemets, de lobbyistes et qu'on y met des consommateurs, est-ce que ça devient un groupe hétérogène non fonctionnel? À ce moment-là, plutôt que de maintenir la table dans sa composition actuelle, je pense qu'il faudrait mieux l'abolir, si on n'y met pas la présence... Parce que, quand on regarde sa composition qui a beaucoup plus de groupes intéressés, financièrement intéressés que les consommateurs y sont... y sont... Alors donc, je pense que ça fait globalement le tour, là, de notre présentation.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Pelletier, M. St-Georges. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. St-Georges, Mme Pelletier, pour votre présentation. Évidemment, il y a un point majeur de discussion, c'est la question de votre suggestion d'un régime public universel d'assurance médicaments. On va y venir, parce qu'il faut certainement que cette question soit discutée dans le cadre de la commission, puis je suppose qu'il y aura d'autres groupes par la suite qui vont nous pointer cette direction.

● (11 h 50) ●

Juste deux petits éléments d'introduction. D'abord, la question de l'industrie pharmaceutique. Vous savez, c'est un problème dans lequel il faut certainement faire preuve de lucidité et pas d'angélisme; là-dessus on se rejoint. Cependant, on vit, au Québec, le paradoxe suivant: nous ne sommes pas une société riche, en termes de revenus per capita et en termes de prospérité économique, à la hauteur où nous devrions l'être pour nous payer les programmes sociaux que nous avons élaborés au cours des années, avec justesse, mais qui doivent venir reposer foncièrement sur une prospérité économique constante en termes de création d'emplois et de richesse dans les années qui viennent, dans le siècle qui vient. Le type d'industrie que le Québec peut développer pour maintenir cette prospérité-là n'est pas infini, il faut passer d'une économie largement basée sur les ressources naturelles vers une économie qui est plus diversifiée, par exemple dans les secteurs de l'aéronautique, l'informatique. Et le secteur biopharmaceutique est un des éléments où le Québec se démarque heureusement par rapport à d'autres sociétés et qui permet de générer de la prospérité.

Alors, effectivement, on peut le voir négativement en disant que les propositions qui visent à garder l'industrie pharmaceutique chez nous sont là pour aider des entreprises qui, souvent mais pas toujours — souvent mais pas toujours — sont dans des situations économiques favorables. Mais on peut également le voir dans le plus grand éventail de stratégies pour maintenir une prospérité, au Québec, suffisante pour nous payer les programmes sociaux qu'on veut préserver.

Et la crainte que j'ai avec des suggestions comme celles que vous faites, qui sont de reculer sur les avantages consentis à l'industrie pharmaceutique, c'est que, si on a fait une erreur, on va s'en rendre compte après coup. On

va dire, comme on dit: Oups! Effectivement, on a perdu notre industrie, on a perdu des emplois, on a perdu de la prospérité, peut-être qu'on n'aurait pas dû. Et c'est très difficile de faire des prédictions économiques qui permettent de certifier cette question-là, surtout dans le contexte d'un monde aussi, on pourrait dire, mouvant que le nôtre actuellement, et la mondialisation et les échanges internationaux nous amènent à être extrêmement prudents.

Puis, sur la recherche, vous avez raison, le pourcentage de recherche faite au Québec et en Ontario est à peu près similaire, c'est les chiffres que j'ai également, autour de 42 %. Cependant, le type de recherche est différent entre ce qui se fait en Ontario et ce qui se fait au Québec. En Ontario, le gros de la recherche selon nos données est fait dans les instituts et les hôpitaux universitaires, une recherche clinique, alors qu'au Québec on a plus de recherche faite en amont, disons, le processus d'élaboration de médicaments, ce qui revient à mon argument, là, de valeur ajoutée et de création de prospérité.

Alors, comment est-ce que vous faites l'équilibre pour la société québécoise entre la nécessité de préserver ce type d'industrie de pointe, en termes de valeur ajoutée pour notre économie, et également ce que vous préconisez également, qui est la recherche de l'équité?

M. St-Georges (Claude): Bon. Non, je pense qu'il faut prendre des risques. D'abord, ce qu'on voit dans les rapports du Conseil d'examen des prix, c'est que les grandes compagnies pharmaceutiques consacraient à peu près 12 % de leurs ventes en recherche il y a sept ou huit ans, et maintenant c'est descendu à 8 %. Et le rapport montre aussi qu'il y a un déclin au Québec relatif à l'Ontario. On s'aperçoit aussi qu'il y a... c'est un phénomène assez mondial: il y a une délocalisation de la recherche fondamentale, là. On s'aperçoit même qu'aux États-Unis on perd de l'emploi dans les domaines scientifiques avancés, qui se déplace vers l'Inde et la Chine. On n'est pas dans un domaine probablement gagnant, je pense qu'il faut prendre compte de... Et le risque... Ici, le risque, c'est de diminuer nos coûts de médicaments. Si on perd: peut-être moins d'administrateurs, moins de démarcheurs et peut-être moins de recherche appliquée, bien, peut-être... et qu'on aura, d'autre part, pu se payer davantage d'infirmières, de préposés, de médecins, bien c'est peut-être... c'est le choix et c'est le risque que, nous, on souhaite prendre.

M. Couillard: L'autre élément d'introduction, avant d'en venir à votre suggestion du régime public, c'est la question qu'effectivement, au Québec, le pourcentage des dépenses en santé consacrées aux médicaments est plus élevé qu'ailleurs. Cependant, en termes per capita, ce n'est pas le cas, on est dans les plus élevés mais pas les plus élevés. Mais ma question serait la suivante, c'est que ce n'est pas nécessairement une mauvaise nouvelle. Ça peut être également dû partiellement au fait que les Québécois ont plus accès aux médicaments que dans le reste du Canada. Il faut rappeler qu'on est la province qui de loin inscrit le plus rapidement les médicaments à sa liste, inscrit le plus grand nombre de médicaments d'innovation par année à sa liste, et elle a un élément d'accessibilité qui est à prendre en compte.

Et l'impact sur la santé doit être positif, à ce moment-là. Donc, est-ce que vous ne croyez pas que cette donnée n'a pas uniquement que des aspects dans le négatif?

M. St-Georges (Claude): Bien, nous, on a pris les derniers, derniers chiffres de l'Institut canadien d'information de la santé. On est bel et bien, dans ce tableau-là, au dernier rang et à 625 \$ par habitant, alors que la moyenne canadienne est 562 \$. Alors, bon, est-ce que les Canadiens des autres provinces ont un meilleur accès à leurs soins de santé et aux services pharmaceutiques? C'est certainement matière à débat, mais, quand on regarde, ce n'est pas l'effet du régime universel qui fait que ça nous coûte plus cher, parce qu'il y a des provinces qui remboursent davantage en proportion de dépenses par leur régime public que par le privé. Bien, je prends l'exemple de la Colombie-Britannique, du Manitoba: nous, on rembourse à peu près à 49 %; eux ont dépassé 50 %. Donc, ce n'est pas l'effet du régime public qui fait qu'on est plus élevés, c'est beaucoup plus, je dirais, là... puis c'est toute la chaîne de responsabilités à partir des assureurs du régime mixte qui n'est pas efficace, des grands privilèges qu'on a donnés aux compagnies pharmaceutiques, etc., et avec un retour douteux, comme on l'a expliqué tantôt.

M. Couillard: Bien, en fait, au Canada, il n'y a que la Colombie-Britannique qui accorde une couverture, en termes de nombre de personnes couvertes, qui se compare à celle du Québec. Dans les autres provinces, c'est à un niveau inférieur, et il y a même des provinces, c'est extrêmement inférieur en termes de couverture, d'accès. De sorte que je pense qu'on peut certainement maintenir que le Québec est la province où probablement le médicament est le plus accessible au Canada et de loin. Ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas être plus...

M. St-Georges (Claude): C'est un fait et on l'approuve, ça. Bon.

M. Couillard: Ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas être encore mieux, là...

M. St-Georges (Claude): Oui, oui!

M. Couillard: ...mais il faut quand même se regarder et se comparer, comme disait quelqu'un.

Maintenant, venons-en au régime public universel. Effectivement, vous avez critiqué le comité Montmarquette qui avait élaboré sur cette question-là. Il y a des avantages et des inconvénients potentiels, hein, et on pourrait les discuter un peu avec le temps qu'il nous reste.

Les avantages, c'est certainement une plus grande... ce qu'on appelle la mutualisation, une plus grande extension de partage de risques pour toute la population, dans toutes les fourchettes de revenus. Donc, théoriquement, je dirais, une plus grande progressivité des perceptions, par exemple, de primes sur tous les revenus de la société et non pas sur la partie de revenus qui sont concentrés dans le régime public. Voilà donc un avantage. L'autre avantage que vous avez su souligner avec justesse, c'est que — et je l'indiquais avec le groupe qui vous a précédés — les coûts d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec sont très inférieurs aux

coûts d'administration des assurances privées. Mais également, là, il faut être balancé dans la comparaison parce que les régimes privés ne sont pas les mêmes. Il y a des couvertures ajoutées qui s'ajoutent à l'assurance médicaments, qui peuvent expliquer ce phénomène-là. Donc, il faut être balancé.

De l'autre côté, si on va vers les inconvénients potentiels du régime, le régime public universel d'assurance médicaments, il y a, d'une part, une augmentation du fardeau fiscal, puisque foncièrement c'est sur la classe moyenne, il y a des simulations qui sont faites, et c'est le revenu entre 30 000 \$ et 45 000 \$ que le gros de la pression va se faire pour favoriser cette plus grande progressivité, là, à travers l'échelle de la population. Deuxièmement, il y a la perte des revenus de taxes sur les compagnies... les primes d'assurance, on en parlait, qui sont de l'ordre de loin supérieures à 100 millions de dollars par année, les perceptions de taxes qui sont faites sur les primes, la perte de la contribution des employeurs. Mais là vous allez me dire: On va remplacer la contribution des employeurs par une taxe aux employeurs qui va servir au régime public universel. La conclusion de perception ailleurs qu'au Québec, c'est qu'on augmente le fardeau fiscal des entreprises puis on vient de rendre le Québec moins compétitif pour attirer les entreprises chez nous.

Alors, vous voyez, il y a un ensemble de... Je ne dis pas que c'est négatif ou positif. Déjà, on ne peut pas... c'est difficile de statuer là-dessus. Mais c'est faux de dire que c'est entièrement positif, un régime public universel unique, comme c'est faux de dire que le régime mixte actuel est l'idéal. Il y a, dans les deux cas, des avantages et des inconvénients. Comment est-ce que, vous, vous faites la balance entre les avantages et les inconvénients d'un régime public universel ou est-ce que vous trouvez qu'il n'y a que des avantages à ce type de régime là?

M. St-Georges (Claude): Bien, on voit surtout qu'il y a des avantages, évidemment, parce que juste l'effet de la réduction des coûts administratifs, le fait que les... et l'emprise que l'État aurait sur toute la chaîne de production, à partir de la détermination des prix, les négociations avec pharmaciens, bref, la simplicité du régime ferait en sorte que les économies réalisées rien que du côté administratif seraient extraordinaires.

● (12 heures) ●

D'autre part, quand on regarde les coûts que les entreprises absorbent en termes d'assurance ou que les employés paient à même leurs déductions sur le salaire, évidemment qu'il peut y avoir des hypothèses de transformation en taxe sur la masse salariale. 1 % de taxe, une taxe sur la masse salariale représente un milliard et plus, là, au Québec. Bon. Et je pense que ce serait... Je pense qu'il y aura des opérations à coût nul. Je pense qu'il y a plein d'experts en finances publiques qui pourraient nous dire comment récupérer autrement la taxe que l'on perdrait. Je ne pense pas que ce serait douloureux dans l'ensemble, si on trouve une manière équitable à la fois pour les entreprises, pour les citoyens et pour l'État de régler l'ensemble de toute l'hypothèse fiscale autour de tout ça.

Et finalement c'est une question d'équité, c'est une question aussi de santé publique. L'intégration du

médicament dans le régime universel, ça ne date pas d'aujourd'hui, que c'est reconnu. Pourquoi c'est gratuit quand on va chez le médecin, pourquoi c'est gratuit à l'hôpital? Parce que, même, il y a des gens très avisés qui vont dire que même le médicament devrait être gratuit. On n'ira pas jusque-là, mais c'est des thèses qui se défendent.

M. Couillard: Effectivement, il est gratuit à l'hôpital parce que c'est dans le cadre de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation telle qu'elle a été initialement décrite. Vous avez fait allusion au rapport Castonguay-Nepveu et les autres études qui ont mené à la constitution du régime public de santé, puis on était dans l'univers hospitalier par rapport à l'univers maintenant des soins de santé qui déborde de loin le milieu hospitalier.

M. St-Georges (Claude): Mais Castonguay-Nepveu et la commission Hall demandaient que le médicament... ou le Forum national sur la santé, qui a fait une étude à notre avis beaucoup supérieure à celle du rapport Clair, où il y avait d'éminents Québécois qui ont siégé, recommandait l'inclusion du médicament dans le régime universel public, au Canada, géré par les provinces, là. Alors, ça, je pense, ça reste des réflexions très, très actuelles.

M. Couillard: Bien, effectivement, en décembre 2001, c'est là que le comité Montmarquette avait fait sa suggestion. À l'époque, le gouvernement précédent avait décidé de ne pas aller dans la direction d'un régime public universel, suivant les recommandations du comité Montmarquette. Je pense qu'il faut réactiver cette réflexion, mais il ne faut pas non plus, je dirais, idéaliser un aspect plutôt que l'autre. Et ce que la CSN, qui vous a précédés, a recommandé, tout en reconnaissant qu'initialement ils auraient préféré, eux, la mise en place d'un régime public universel, ils nous ont dit: Prenant acte du fait qu'il existe selon la loi un régime mixte, est-ce qu'il n'y aurait pas des mesures qui permettraient d'amener plus d'équité entre les deux régimes? Est-ce que vous ne pensez pas que c'est une direction où il faudrait aller également?

M. St-Georges (Claude): Bien, toute mesure d'économie qui pourrait être réalisée autrement, c'est bienvenu, mais on pense que la belle solution, c'est le régime public universel.

M. Couillard: O.K. Merci.

Le Président (M. Copeman): M. St-Georges, je vais peut-être profiter de votre passage ainsi que celui de Mme Pelletier de poursuivre un peu plus la réflexion sur le régime public universel.

Je pense que je suis le seul parlementaire qui était membre de la Commission des affaires sociales au moment de l'adoption du régime général d'assurance médicaments. L'étude faisait autour de 1997... 1996, adoptée en 1997, et je me souviens très bien les options qui étaient devant l'Assemblée nationale, devant le gouvernement précédent, à ce moment-là. Effectivement, une option était un régime public universel; l'autre était

le régime général d'assurance médicaments, mais il y avait une réflexion, au début, de confier l'administration du régime à des entreprises privées.

Et je me rappelle très bien la réaction des compagnies d'assurance, en commission parlementaire, qui nous disaient... Parce que le gouvernement voulait dicter en même temps la prime, le niveau de la prime, mais il voulait confier l'administration du régime ou possibilité de l'administration du régime à des compagnies d'assurance privées. Et ils nous ont dit très clairement qu'ils ne pouvaient pas envisager embarquer dans l'administration de ce régime au niveau de la prime qui était prévue par le gouvernement d'alors. C'était quelque chose comme 176 \$, si ma mémoire est bonne. Et effectivement nous avons vu, depuis l'adoption du régime, la prime doubler, presque tripler, hein? C'est situé autour de 500 \$ par année maintenant.

Alors, on voyait immédiatement, à ce moment-là, la réaction de l'entreprise privée, qui nous disait: Selon les paramètres que vous voulez établir, nous, on n'embarque pas parce que la prime ne garantit pas un financement nécessaire au régime, ne nous permet pas d'aller chercher des coûts d'administration. Et même ils étaient très honnêtes en disant: Nous, on veut faire un profit là-dedans aussi, hein? C'est des compagnies, on ne peut pas les empêcher de vouloir administrer un programme au profit.

Alors, le gouvernement d'alors, le gouvernement qui nous précédait avait le choix possiblement d'établir un régime public, on pourrait même utiliser le «universel», on pourrait même utiliser le mot «étatiser» parce que ce sont des compagnies privées qui offraient dans le temps et offrent actuellement des services d'assurance collective. Le gouvernement précédent avait choisi effectivement de ne pas poursuivre cette voie, pour toutes sortes de raisons.

Là, un régime public universel repose sur trois payeurs: le gouvernement, les participants puis les employeurs. Et vous faites référence au comité Gagnon dans votre mémoire. Je vais tenter de me rafraîchir la mémoire là-dessus aussi, parce que ça fait quand même quelques années depuis que j'ai vraiment étudié cette question de façon plus...

Une voix: Exhaustive.

Le Président (M. Copeman): ...exhaustive — merci, Mme la députée. Mais vous indiquez, dans votre mémoire, que la totalité de la somme injectée, c'est-à-dire des trois composantes, ne devrait pas dépasser les dépenses que ces trois entités assurement déjà pour les médicaments. Autrement dit, semble-t-il, le comité Gagnon disait, en 1994, qu'il était possible d'implanter un régime public universel à effet de coût nul pour les trois composantes. C'était évidemment il y a maintenant 11 ans, je ne suis pas sûr que ces données se tiennent toujours aujourd'hui, surtout avec l'augmentation qu'on a vue dans le coût du régime général d'assurance médicaments. Et vous dites: La contribution des employeurs deviendrait obligatoire, serait répartie sur l'ensemble des employeurs. Plus tôt ce matin, on a vu, avec un autre groupe, des gens qui nous disaient: Écoutez, il y a beaucoup d'exemples où, dans le régime... dans l'entreprise privée, ni les employeurs ni les employés ne considèrent la possibilité d'implanter un système à cause des coûts exorbitants et

pour l'employeur et pour l'employé. Vous croyez toujours qu'il est possible de financer, avec ces trois sources-là, à coût nul un régime général et avec des effets, semble-t-il, plus progressistes et plus équitables, malgré ce qu'on a vécu depuis 11 ans: l'explosion assez farouche des coûts du régime général d'assurance médicaments? Vous croyez vraiment qu'on est capables, même avec tous les changements depuis 11 ans?

M. St-Georges (Claude): Bien, nous, on est convaincus que c'est à coût moindre. Le fait d'avoir un... C'est toute la logique des systèmes à payeur unique. L'efficacité du système public, que le ministre a évoquée tantôt, à la RAMQ, si on le généralise... Multiplier les intervenants administratifs, ce que fait le marché libre des assurances, crée un monstre administratif finalement. C'est de l'argent qui serait utilisé autrement à bon escient. Aux États-Unis, actuellement, les entreprises sont assurées sur une... ont le choix d'une multitude d'assureurs, et la croissance, cette année, c'est de 11 %. Et on explique actuellement les problèmes de l'emploi manufacturier aux États-Unis par la croissance des coûts des soins de santé. GM, Ford sont en très mauvaise situation financière à cause des charges énormes qu'elles ont en assurance, et au point que ça coûte 1 500 \$ par voiture, pour GM, juste en frais d'assurance santé. Alors, disons que la démonstration du payeur unique, il y a une série très intéressante, là, dans le *New York Times*, du grand économiste Paul Krugman, qui a démontré encore une fois comment l'efficacité de gérer... Et ce n'est pas de parler contre l'économie de marché, c'est que l'économie de marché, ça ne fonctionne pas dans la santé, pour toutes sortes de raisons bien démontrées.

Le Président (M. Copeman): L'exemple que vous utilisez, de GM et Ford, est probante. Je pense par contre que cette charge dont vous faites référence, qui est exacte, est essentiellement due à leurs employés à la retraite plus que leurs employés actifs actuellement, là. Si j'ai bien compris un peu qu'est-ce qui se passe aux États-Unis avec GM et Ford, c'est leurs employés à la retraite qui bénéficient de ces assurances-là...

M. St-Georges (Claude): Oui, exactement. Vous avez raison. Excusez-moi.

Le Président (M. Copeman): ...qui arrivent à un âge un peu plus avancé où la consommation des médicaments est beaucoup plus élevée qu'elle était évidemment il y a 30 ans. Et c'est ça qui met en péril en partie la rentabilité, semble-t-il, de ces énormes corporations américaines.

M. St-Georges (Claude): Oui. C'est un fait, vous avez raison, sur GM et Ford mais sur l'ensemble de l'industrie manufacturière aux États-Unis, la charge des soins de santé par le privé et la diminution de l'emploi manufacturier est une des grandes explications actuellement.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

● (12 h 10) ●

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Mme Pelletier, M. St-Georges, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Dans le mémoire que vous nous présentez, à la page 10, vous faites référence à l'enquête Santé Québec et à la consommation de médicaments, et vous nous dites quelque chose qui va à l'encontre des préjugés habituellement répandus, à l'effet que, chez les personnes pauvres ou même très pauvres, nous dites-vous, il y a sous-consommation de médicaments, chez les personnes à faibles revenus. Alors, vous faites référence à une enquête de Santé Québec, Enquête sociale et de santé 1998, et, par exemple, vous dites... vous nous rappelez qu'à la question des personnes ayant pris un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours, les très pauvres répondaient oui à 52 % et les revenus supérieurs à 57 %. Alors, cette idée qu'on retrouve dans le rapport Montmarquette, hein, cette idée de personnes pauvres qui surconsomment des médicaments en fait un peu comme substitut à leur mal-être ne serait pas fondée.

M. St-Georges (Claude): Bien, avec raison, je pense que, quand on revient à l'enquête Santé Québec puis là on étudie les comportements par quintiles de revenus, les cinq plus fortunés en allant vers le bas, on s'aperçoit que la consommation de médicaments est à peu près égale, alors que les problèmes de santé sont à peu près trois fois plus importants.

Mme Harel: C'est plus important chez les personnes pauvres.

M. St-Georges (Claude): Et l'enquête Santé Québec aussi nous éclairait aussi sur le fait de la fréquentation des professionnels de la santé chez les... Et il y a un phénomène que les gens plus éduqués ou enfin les gens qui... ont accès ou encore se soucient peut-être d'utiliser davantage à la fois les médicaments, etc. Donc, ça pose des questions au système en termes d'équité et en termes aussi de la façon de compenser pour ces problèmes, en fait aux problèmes indirects d'accès, parce que les gens, bon, il faut qu'ils soient davantage stimulés, je pense, et qu'on ait plus d'accessibilité, entre autres, aux professionnels en milieu défavorisé qu'on en a dans les quartiers favorisés, par exemple.

Mme Harel: Le fait est que les personnes qui vivent des situations de grande pauvreté ne planifient que leur quotidien, hein: passer la journée, demain est un autre temps. Alors que, quand il y a des revenus que l'on sait réguliers et qui rentrent, alors on planifie la vie pour un plus long laps de temps. Sinon, finalement, c'est l'immédiat, c'est le quotidien seulement qui compte parce qu'il fait appel, si vous voulez, à toute l'énergie pour passer à travers de la journée. Je pense que c'est peut-être ça qui peut expliquer le fait que les personnes non pas qu'elles n'ont pas le souci de leur santé, mais c'est un souci pour la journée... ou le curatif, je pense, enfin je crois, après 24 ans dans mon comté.

Écoutez, je voudrais d'abord vous dire que vous avez été les premiers à sonner l'alarme sur les pratiques commerciales qui avaient une incidence extrêmement importante sur les coûts des médicaments. C'est en 2003 — vous nous le rappelez d'ailleurs dans votre mémoire —

que vous signalez et demandez une enquête publique — en mai 2003 — sur les pratiques commerciales douteuses de l'industrie pharmaceutique.

Je relisais le jugement de la Cour supérieure dans le cas, là, de l'Ordre des pharmaciens versus Pharmascience, et il y avait aussi le jugement de la Cour d'appel. Mais voyez, par exemple, dans le jugement de la Cour supérieure, dans la présentation des faits, on trouve ceci: «À l'examen de ces procédures, [l'ordre] découvre que les pharmaciens propriétaires du Québec — environ 1 575 sur plus de 6 000 pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre — auraient reçu, au cours des années 2000, 2001 et 2002, des montants approximatifs de 200 millions de dollars versés par lesdites compagnies à titre de ristournes et d'avantages lors de l'achat de médicaments génériques.»

Évidemment, on en connaît plus maintenant. Mais vous avez tiré la sonnette d'alarme sur cette situation, et est-ce que vous croyez qu'on en fait suffisamment, là, avec les poursuites de la RAMQ qui sont en cours? Faut-il... Qu'est-ce qu'il faut resserrer à ce niveau-là? Trouvez-vous que les propositions du projet de politique sont suffisantes?

M. St-Georges (Claude): Bien, à tout le moins...

Mme Harel: Faudrait-il une représentation, ou est-ce qu'il faudrait, en d'autres termes, s'assurer que des tiers non concernés, par exemple la coalition, soient membres de cette agence qui devrait élaborer des protocoles? Je vois, par exemple: les propriétaires pharmaciens maintenant ont leur président nommé par le ministre, en mars dernier, à la RAMQ, à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Est-ce qu'à l'inverse des organismes comme la coalition ne devraient pas aussi être présents?

M. St-Georges (Claude): Oui. C'est certainement une approche qui serait bienvenue afin que des consommateurs soient beaucoup plus associés qu'ils le sont à l'ensemble des organismes-conseils, à la gestion du régime de santé et particulièrement sur la question des médicaments, alors qu'on s'aperçoit que les assureurs et les compagnies pharmaceutiques ont leurs entrées.

Cependant, on voit que les propositions, je pense, du document soulèvent les questions d'éthique, et je pense qu'il y a un appel là. Je ne pense pas qu'on va réformer totalement l'ensemble des professions concernées, je pense aux pharmaciens et aux médecins, mais je pense que le débat public est en train de se faire. Je pense que... toujours parce que, nous, on est des défenseurs du régime public et aussi du fait que, les professionnels, on les voit comme des serveurs de la santé publique, et, quand on... Maintenant, on utilise l'expression «pharmacien communautaire». Ça nous a fait un peu sursauter. Quand ce sont des gens qui travaillent chez Jean Coutu, qui sont des pharmaciens de la chaîne Jean Coutu, bien l'expression nous a fait sursauter. Mais, si, à force de soulever le débat sur la question de l'éthique et qu'on appelle à des changements de comportement puis qu'il y a des mesures aussi d'encadrement et de surveillance, est-ce qu'on réclame beaucoup? Et que ces grandes professions là aient de moins en moins la tentation de se transformer en commerçant, que ce soit des médecins ou des pharmaciens, je pense qu'ils ont des rôles extraordinaires à jouer dans le système de santé, et valoriser

leur profession, et non pas... et que... les détacher le plus possible de l'idée du profit, là, et du gain facile.

Mme Harel: Dans le mémoire que vous nous présentez, vous abordez aussi une question, disons, assez spécifique qui est celle de la négociation des prix, qu'on ne retrouve pas dans la majorité des mémoires présentés jusqu'à maintenant. Vous nous donnez des exemples très concrets. Vous dites: «Les hôpitaux qui négocient [des prix] de manière centralisée obtiennent de meilleurs prix que ceux payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.» Alors, vous donnez des exemples. Par exemple, les hôpitaux paient des contenants de Captopril 92 \$; le même contenant pour le même médicament, la RAMQ le paie 279 \$. Vous donnez l'exemple du Ranitidine qui se vend 33 \$ aux hôpitaux et 202 \$ à la RAMQ. Alors, ce sont là des exemples qui pour vous justifieraient une centralisation de la négociation des prix?

M. St-Georges (Claude): Bon. Je vous dirais que, sur ce passage-là, je laisserai le mémoire parler de lui-même, parce qu'on a contribué... parce que notre bonne collègue Marie Pelchat a été la chercheuse qui nous a amené ces suggestions-là. Alors, je pense que le texte se défend lui-même. Je ne suis pas un grand expert, mais, quand même, que les leviers de négociation sur les prix soient renforcés au niveau gouvernemental, ça, on en est évidemment, là.

● (12 h 20) ●

Mme Harel: Dans les hôpitaux, comme vous le mentionnez aussi dans votre mémoire, les patients ont accès à des médicaments qui leur sont prescrits et qui sont gratuits. Alors, dans votre mémoire, vous vous inquiétez beaucoup des traitements ambulatoires, en fait des conséquences plutôt de plus en plus... qui seraient une pratique qui est en cours mais dépendamment des milieux, mais qui se trouverait maintenant, disons, qui se trouverait comme confirmée par le projet de politique, qui serait qu'à l'extérieur de l'établissement ou même en venant dans l'établissement, l'hôpital, en fait le patient devrait apporter ses médicaments. Vous en faites mention et vous trouvez que, là, ce serait un très grand recul quant à l'accessibilité aux médicaments. J'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce qu'en plus je prenais connaissance du document de consultation sur les services aux aînés en perte d'autonomie pour un plan d'action 2005-2010, et il n'y a pas un mot sur les médicaments, pas un seul, alors qu'on sait que les aînés sont parmi les personnes à qui on prescrit beaucoup de médicaments.

M. St-Georges (Claude): Bien, je dirais que, sur la proposition quant à la participation des usagers aux frais des médicaments en soins ambulatoires, je pense que le texte, ce n'est pas si éclairant que ça. Et est-ce que c'est une façon aussi de déplacer des coûts vers les individus, la communauté? On pense que ce n'est... d'abord, au plan strictement de la bonne thérapie, ce n'est certainement pas une avenue qu'on encourage. Mais, en plus de ça, en fait, c'est de créer des complications administratives aux gens. Il faut se déplacer à la pharmacie — ce qu'on pense — et aussi... Bon. Et c'est une multiplication de démarches qui au fond alourdit le processus bureaucratique. Et finalement, bien, c'est le citoyen... c'est une taxe indirecte que, même si on ne

l'assume plus par l'État, il va l'assumer autrement de sa poche et avec des problèmes d'équité sans doute. Enfin, on voit très mal que cette idée-là soit acceptable.

Mme Harel: Dans la hausse du coût des médicaments, on voit apparaître en fait trois facteurs: le premier et le plus important étant l'augmentation du nombre d'ordonnances, pour 60 %; ensuite, l'augmentation du nombre de participants, pour 28 %; puis le coût du médicament lui-même, pour 12 %. Donc, on voit que c'est le nombre d'ordonnances qui est le facteur le plus important. Est-ce que, compte tenu de la durée, au Québec, de l'ordonnance qui ne dépasse pas 30 jours, est-ce qu'il serait préférable ou dangereux, hein, compte tenu du fait que ça fait reposer la responsabilité sur les personnes à qui on prescrit ces médicaments de les prendre conformément, si vous voulez, à tout, là, est-ce qu'on pourrait allonger la durée de l'ordonnance selon vous à 60 jours, 90 jours dans certains médicaments, en tout cas pour certains médicaments, comme dans les autres provinces?

M. St-Georges (Claude): Le nombre d'ordonnances, je pense que le document n'en fait pas beaucoup mention. Mais c'est quelque chose sur lequel... à première vue, après avoir regardé les statistiques de la RAMQ, il faudrait peut-être regarder le nombre d'ordonnances. Je pense qu'on est rendu à quelque chose comme 35 en moyenne pour les personnes âgées, les personnes de 65 ans et plus, d'ordonnances par année. C'est énorme. On sait aussi que le nombre d'ordonnances par habitant, au Québec, est de 19, alors que la moyenne est de 12 au Canada. Donc, c'est toute la question de la longueur des... Bon. Il y a deux volets à ça. Bon. C'est certainement des bonnes pratiques pour certaines personnes qui ont besoin de conseils réguliers. Pour d'autres... Moi, je prends de la médication pour l'hypertension. Qu'ils me le prescrivent à tous les trois mois, ce serait très bien. C'est deux visites de moins, là. Mais aussi il faudrait faire attention. Si, par exemple, on autorise les prescriptions pour trois mois et que ça impose une coassurance importante pour les personnes à faibles revenus, alors déboursier trois fois en début de mois, ça, c'est quelque chose qui serait assez sensible, mais je pense qu'il y a des gains d'efficacité à faire là-dedans, là, 19 versus 12. Il y a quelque chose qui est à regarder certainement.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je voudrais terminer en rappelant à nouveau que la Coalition Solidarité Santé a beaucoup brassé l'opinion publique, à bon droit, sur toute la question des médicaments. Elle le fait en fait depuis une décennie, hein, à d'autres titres, mais je rappelais donc en 2003 en particulier. Mais je crois que vous avez joué un rôle très important.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Pelletier et M. St-Georges, merci beaucoup pour votre contribution à cette commission parlementaire, au nom de la Coalition Solidarité Santé.

Et, en dépit du fait qu'il est prévu que nous siégeons cet après-midi, et on écoute attentivement les avis touchant les travaux de la commission, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 25)

(Reprise à 15 h 20)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît, chers collègues! À l'ordre! Alors, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux. Comme on le sait, c'est la consultation générale et les auditions publiques sur le document intitulé *Politique du médicament*. Je suis certain que tous les téléphones cellulaires et autres appareils semblables ont été déjà mis hors tension.

Et, en ce qui concerne l'ordre du jour, nous allons entendre et échanger avec trois groupes: dans quelques instants même, avec les représentantes de la Centrale des syndicats du Québec; et ce sera suivi par la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec; et nous allons terminer l'après-midi avec l'Institut économique de Montréal.

Alors, sans plus tarder, en souhaitant la bienvenue aux représentantes de la Centrale des syndicats du Québec, Mme la première vice-présidente, Mme Chabot, bonjour.

Mme Chabot (Louise): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Je sais pertinemment bien... Je le dis à chaque fois, hein, ce n'est pas votre première... Ce serait intéressant si on pouvait même faire le décomptage du nombre de fois que vous êtes devant...

Mme Chabot (Louise): .. de mémoire...

Le Président (M. Copeman): Ce serait beaucoup en tout cas, vos participations à la Commission des affaires sociales. La seule chose qui peut varier dans ce temps-là, c'est la question de temps. Et, pour les fins de cette audition, nous allons consacrer 20 minutes pour votre présentation, et c'est suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires des deux côtés de la table. Compte tenu de l'heure et de l'ordre du jour, je suis dans l'obligation d'être assez sévère avec le calcul du temps. Alors, je vais vous arrêter autour de 19 minutes. Je vais vous signaler qu'il vous reste une minute, si on se rend là, pour vous permettre une conclusion. Et on procéderait par la suite aux échanges. Je vous prie de présenter vos collaboratrices et par la suite d'enchaîner avec votre présentation.

Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Mme Chabot (Louise): Merci beaucoup. Je vais vous présenter, à ma gauche, Mme Mariette Gélinas, présidente de l'Association des retraités de l'enseignement du Québec bien sûr affiliée à la CSQ. Je vous dirais que c'est une de nos composantes qui est la plus grandissante dans nos rangs et aussi très dynamique, 45 000 membres, hein, des aînés, des personnes retraitées. Donc, ça nous fait plaisir d'être là. Et, à ma droite, Mme Hélène Le Brun, qui est conseillère dans les politiques qui concernent la santé et les services sociaux.

Bien, d'abord, merci. Merci pour cette invitation à la commission parlementaire sur la politique du médicament. Je pense que c'était une politique attendue. En ce sens-là, on tient à saluer le ministre. Je pense qu'il avait pris l'engagement de déposer une politique du médicament.

La commission parlementaire suit un peu les aléas de l'actualité, mais quand même on a devant nous une politique ministérielle du médicament sur laquelle on peut, en commission parlementaire, faire valoir nos points de vue.

Bien, je pense qu'on ne vous cachera pas que, depuis le début, depuis les années 1996, à la Centrale des syndicats du Québec, on a toujours dit qu'une politique du médicament, ça doit faire partie d'une véritable politique de santé. Pour nous, les médicaments — et, j'en suis certaine, pour M. le ministre — ne sont pas détachés d'une politique de santé publique. On sait que de plus en plus, si on regarde aussi la médecine moderne de nos jours, la thérapie médicamenteuse fait de plus en plus partie de nos soins et de nos services, et dans ce sens-là, pour nous, une politique du médicament doit effectivement être exclusivement une politique de santé.

Il y a beaucoup de chapitres dans la politique qu'il nous a présentée. L'analyse qu'on en fait, certains, on va accueillir très favorablement; d'autres, vraiment on a des réserves et des inquiétudes importantes. On dirait même: Ce qui nous déçoit un peu, c'est qu'on est devant une petite politique de santé et peut-être plus devant une plus grande politique de développement économique pour l'industrie des médicaments, et dans ce sens-là je pense qu'on aura l'occasion d'échanger. Je pense que c'est le volet de cette politique-là qui questionne le plus grandement la CSQ.

Il y a trois axes, pour nous, qui sont importants pour une véritable politique publique de santé. C'est les assises d'une accessibilité universelle aux médicaments, laquelle prévoit bien sûr des mesures de contrôle des coûts, des règles... Pardon. J'espère, je ne m'étoufferai pas. Je vous le dis tout de suite, j'ai vraiment un bon mal de gorge.

Le Président (M. Copeman): Prenez votre temps, Mme Chabot. Prenez...

Mme Chabot (Louise): Les règles, oui...

Le Président (M. Copeman): Prenez une gorgée d'eau, ça va...

Mme Chabot (Louise): Ça fait déjà deux verres. Je vais avoir un autre problème si je continue.

Le Président (M. Copeman): Pas dans les prochaines 45 minutes, on l'espère bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Chabot (Louise): Les règles d'encadrement de l'industrie pharmaceutique et les conditions optimales d'utilisation des médicaments, c'est à partir de cette grille-là qu'on a bâti le mémoire qu'on vous présente.

Au niveau de l'accessibilité financière à la thérapie médicamenteuse, je pense qu'on peut se rejoindre dans les principes gouvernementaux et ceux de la centrale. Toutefois, l'accessibilité aux médicaments sera atteinte pour nous lorsque toutes les Québécoises et tous les Québécois pourront se procurer des médicaments prescrits, et ça, quels que soient leurs revenus. On a cité dans notre mémoire quelques rapports qui nous démontrent à quel point, avec le régime des médicaments actuellement, il y

a des ratés et comment les personnes, selon leurs revenus, peuvent adopter toutes sortes d'attitudes ou de comportements qui les pénalisent au plan de la santé. On cite ici le rapport Tamblyn qui, en 1999, montrait les effets indésirables qui étaient reliés directement à une incapacité financière d'observer une ordonnance médicale. Il y a beaucoup d'organismes communautaires aussi qui oeuvrent auprès de populations pauvres qui ont relevé que des personnes utilisent des stratégies nuisibles à leur santé afin d'observer leur ordonnance de médicaments. Et je pense que ces difficultés-là, ce n'est pas juste l'apanage effectivement des personnes qui bénéficient d'une forme d'assistance de la part de l'État, mais aussi des travailleuses et des travailleurs à faibles revenus qui sont dans des régimes privés d'assurance collective.

Donc, on sait qu'il y avait beaucoup de personnes qui n'étaient pas couvertes par un régime, mais, depuis l'instauration du régime public, en 1996, on a couvert de plus en plus de personnes. Mais l'augmentation des primes apporte des contraintes financières assez importantes. Il y a même une enquête de la Coalition Solidarité Santé, en 2004, qui est venue illustrer encore une fois, par exemple, que le tiers des répondants qui ont répondu à cette enquête, ils avaient cessé de prendre certains médicaments prescrits au cours de l'année précédente. C'était le manque d'argent qui expliquait le plus cette condition-là. Pour 70 %, les prescriptions plus coûteuses les conduisent des fois à ne pas observer, et, malgré l'assurance, il y avait 60 % qui jugent que leurs revenus étaient insuffisants.

Donc, il y a des pratiques comme la privation ou du dépannage alimentaire, de l'endettement qui étaient des stratégies utilisées par quatre personnes sur 10, et on peut dire que c'est très inquiétant. Et, quand on regarde l'augmentation qu'ont connue les primes depuis 10 ans, de l'ordre de 182 %, on peut illustrer que, pour certaines personnes âgées qui ont vu leur contribution annuelle maximale passer de 100 \$, en 1996, à 1 351 \$, en 2004... Donc, on le sait que les dépenses de médicaments augmentent en moyenne de 15 %. Ça fait que, même si on est d'accord avec un principe d'accessibilité universelle aux médicaments, on se demande où s'en va cette accessibilité-là.

Je pense qu'à notre avis, dans une politique du médicament, c'est le temps de redresser la situation. Il y a trois conditions pour nous qui nous semblent incontournables: d'abord, des mesures rigoureuses de contrôle des coûts, un encadrement de l'industrie pharmaceutique, et une utilisation optimale du médicament, et idéalement un régime universel public. On y reviendra à la fin de notre présentation.

On pense qu'il y a quand même un premier pas qui pourrait être franchi. Actuellement, la proposition du gouvernement veut rétablir la gratuité uniquement pour les personnes âgées qui reçoivent la prestation maximale du revenu garanti, et pour nous ça nous semble nettement insuffisant. À notre connaissance, même il y avait un engagement du Parti libéral, dans sa plateforme, que les prestataires de la sécurité du revenu et les aînés qui reçoivent un supplément du revenu pourraient bénéficier de cette gratuité-là. Donc, ici, la mesure nous semble tout à fait insuffisante, et on recommande dès maintenant de rétablir la gratuité pour l'ensemble des personnes qui vivent sous le seuil du faible revenu.

Le contrôle des coûts, et ça passe aussi par le contrôle de l'industrie pharmaceutique. Je pense que le gouvernement... Bien, on le voit beaucoup aussi dans des questions de finances publiques, pour financer notre réseau de la santé et des services sociaux, qu'on n'aurait pas les moyens d'établir cette gratuité-là. Pourtant, on se questionne vraiment sur... qu'à contrario, dans les recommandations qui nous sont présentées, on n'agisse pas de façon plus rigoureuse à l'égard de l'industrie pharmaceutique. On est tout à fait contre l'idée de mettre fin à la politique de non-augmentation des prix du médicament, qui était la proposition n° 12, et contre aussi l'idée de maintenir la règle de 15 ans qui était la proposition n° 31 à notre avis qui... ça favorise effectivement l'industrie du médicament breveté et ça écarte même l'idée qu'on puisse avoir un prix de référence au niveau des médicaments.

● (15 h 30) ●

Souvent, on évoque beaucoup que le vieillissement de la population est une des raisons importantes qui peut nous faire craindre pour la pérennité du réseau. Et pour nous, s'il y a une dépense actuellement qui est tout à fait explosive et qui explique les coûts de notre système de santé et de services sociaux, c'est bien celle du médicament. À notre avis, c'est bien celle-là qui cause beaucoup plus de danger pour la santé budgétaire des fonds publics en matière de santé que le vieillissement. Donc, pour nous, c'est impératif de s'attaquer au contrôle des coûts des médicaments.

Donc, comme je le mentionnais, on recommande de maintenir la politique comme elle existe de non-augmentation du prix et mettre fin à la règle de 15 ans. Et la prochaine recommandation, aussi pour le contrôle des coûts toujours: d'instaurer des règles d'achat au plus bas prix, des règles d'utilisation accrue de médicaments génériques en fonction du rapport à la qualité — on se comprend — de même que des mesures de plafonnement des prix.

Je pense qu'on accepte de contrôler l'industrie du médicament générique. Je pense que c'est une bonne proposition, et on doit agir en ce sens pour en régler les prix. Mais on se questionne vraiment pourquoi on refuse de le faire pour l'industrie du médicament innovateur ou breveté, alors qu'on voit très bien, pour cette industrie-là, tant au chapitre des profits que l'industrie peut engendrer...

Bien sûr, probablement qu'on nous plaidera qu'au point de vue économique, pour le Québec, c'est une industrie qui favorise le développement économique. Mais, là, on est ici, aujourd'hui, en matière de santé et de services sociaux, où on a à rendre compte et à se donner les meilleures garanties d'une politique de santé et des services sociaux dont les médicaments font partie. Je pense qu'on n'est pas dans des mesures de développement économique, et, pour nous, c'est très clair qu'il faut... de penser par, par exemple, dans une proposition... On pense à des ententes avec l'industrie pharmaceutique qui conduiraient à des mesures compensatoires pour le gouvernement. C'est un peu comme accepter que volontairement l'industrie pharmaceutique nous donnerait un pourcentage des profits à l'État. En tout cas, nous, on n'y croit pas et on se demande s'il ne faut pas être naïf un peu pour croire à cela.

Et d'ailleurs le forum d'échange pour le maintien de l'équilibre entre les politiques de santé et le

développement économique, ce forum-là, ne siègeraient que des représentants de l'industrie. Et d'ailleurs, dans le document de consultation, on assimile ce forum-là à ceux de l'industrie pétrochimique et de l'industrie métallurgique. Pour nous, le médicament, ça n'a pas une valeur marchande. Et je pense qu'il ne faut pas voir le médicament comme un outil économique mais plutôt comme un outil et un moyen de recherche du meilleur état de santé possible, et, dans ce sens-là, on pense que la vision du gouvernement doit être tout autre.

On vous a cité des études, et on sait que des fois elles ne sont pas trop reconnues au niveau des divers gouvernements, dont la Chaire d'études socioéconomiques de l'UQAM, en 2002, bien, des études quand même qui sont intéressantes, où souvent on parle de l'importance de la recherche au niveau de l'industrie pharmaceutique brevetée ou du médicament innovateur. Mais je pense qu'on peut voir plusieurs études où la part de marketing, comparativement à la recherche et au développement, est beaucoup plus importante. On voit aussi, dans ces études-là, les taux de profit plus grands même que ceux des cartes de crédit des banques, 40,9 % selon ces études-là. Et on pense effectivement qu'une politique du médicament qui respecte le citoyen et le consommateur, il faut être beaucoup plus rigoureux envers l'industrie pharmaceutique.

Et, en 2002, quand on a présenté le projet de loi n° 98, je trouve important de vous mentionner, la centrale avait peut-être amené une avenue de partenariat plus éthique avec l'industrie pharmaceutique, et on ose la reprendre ici. On sait que, dans notre régime public, il y a deux volets: le volet assistance et le volet assurance. Et on pense que, pour le volet assistance, qui couvre quand même un bon nombre de personnes, qui est couvert par l'État, on pense que l'État mériterait un prix public pour les personnes qui sont couvertes par le régime d'assistance. Là, on le compare effectivement... Si on regarde les politiques d'achat, bon, on regarde en milieu institutionnel, en milieu hospitalier, on sait que les politiques d'achats regroupés permettent effectivement à l'État de payer un taux très avantageux. Mais, quand on se retrouve dans notre régime public, pour la part de l'assistance, l'État n'a même pas le droit à ce prix-là, paie le plein prix. Ce qu'on dit: Un partenariat avec l'industrie pharmaceutique qui nous permettrait d'avoir des redevances pourrait faire en sorte que l'État, dans son volet assistance, pourrait avoir un prix public beaucoup plus important. C'est sûr que ça ne pourra jamais être le même prix à notre avis avec ce qui se passe dans le milieu institutionnel, mais, entre 10 % puis 100 % de... je pense qu'il y a une marge de négociation qui pourrait être intéressante.

Ça fait qu'on ne vous recommande peut-être pas de le mettre en place immédiatement au sortir de la commission parlementaire, mais au moins de faire une étude impartiale sur la faisabilité de négocier, de conclure des ententes avec les fabricants qui conduisent à l'établissement d'un prix public juste et équitable pour les remboursements du prix des médicaments qui sont pris en charge par l'État en vertu de sa mission d'assistance à l'intérieur du régime général d'assurance médicaments. À notre avis, ça permettrait d'atteindre deux objectifs que devait viser le régime général. Ce serait de diminuer l'écart qui existe entre les soins hospitaliers et les soins

ambulatoires et, par le fait même, venir soutenir le virage ambulatoire. C'est ce qu'on a voulu dans les années quatre-vingt-seize, et d'ailleurs le rapport Montmarquette l'a souligné.

Il y a une recommandation d'ailleurs qui nous questionne là-dessus. On sait que de plus en plus on va favoriser le virage milieu, le virage ambulatoire dans tous les domaines, c'est déjà amorcé, et il y a une recommandation, qui est la proposition n° 7, qui vient à l'encontre un peu d'une vraie prise en charge par la personnes de ses soins de santé et de ses services. C'est-à-dire, on dirait à la personne: Bien, tu te procures ton médicament en pharmacie communautaire et tu peux aller te le faire administrer dans le réseau. Pour nous, c'est complètement contraire à une politique qui vise que le médicament fait partie de ses soins de santé. Et pour nous on va parler pour un épisode de soins pour une personne, quel que soit le lieu, à partir du moment où elle est hospitalisée puis qu'elle poursuit sa thérapie en dehors du lieu qui serait l'institutionnalisation, pour nous c'est clair que le régime d'assurance devait couvrir l'ensemble des traitements médicamenteux. C'est donc une recommandation qu'on vous fait aussi.

L'encadrement des pratiques de l'industrie pharmaceutique. Vous reconnaissez qu'il y a des pratiques commerciales qui sont contestables, et constater qu'elles existent, c'est déjà un bon pas. Et on sait aussi que ces pratiques-là vont contribuer à l'augmentation des prix, et cela, bien plus que les activités de recherche, comme je le mentionnais tout à l'heure. On sait que les pratiques commerciales occasionnent un impact très important chez le citoyen à titre de consommateur parce que, comme consommateur de médicaments, on sait qu'il y a une bonne partie des coûts, qui sont de plus en plus élevés et qu'on doit se payer pour avoir des médicaments prescrits, qui sont imputables à ces pratiques-là. Mais, à titre de bénéficiaire aussi, on est vulnérable à de tels types de campagnes de formation commanditées qui viennent de l'industrie et qui sont favorisées par certains des prescripteurs. D'ailleurs, les chercheurs de l'UQAM avaient fait une recherche avec un démarcheur dans un quartier, qui avait réalisé qu'effectivement, au sortir de ça, bien les pharmacies du quartier vendaient beaucoup plus de médicaments. Ça avait grimpé en flèche finalement après cette étude-là. Donc, on propose qu'il y ait une réglementation stricte pour encadrer les pratiques commerciales de l'industrie, qui est nécessaire. Et on est d'accord que vous devez aller de l'avant avec les propositions 26 à 30 et à ne pas céder dans ce sens-là.

À l'inverse, les propositions de conclure des ententes générales de partenariat avec les associations de fabricants de médicaments afin de réaliser des actions d'étude, de formation des professionnels et de sensibilisation auprès de la population, on pense que ces actions-là sont étroitement liées à la santé publique et doivent demeurer sous pleine responsabilité publique. Donc, pour la centrale, il n'y a pas de place pour les PPP sur ces questions-là. Les ententes spécifiques de partenariat, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on le sait, le permet déjà, et on pense que c'est suffisant.

● (15 h 40) ●

Au niveau maintenant de l'utilisation optimale des médicaments, bien, si on avait, vu qu'on est de la CSQ, une note à donner ou quelque chose... je pense

que c'est le chapitre qui met de l'avant les mesures les plus prometteuses au niveau de la politique du médicament. Je pense que ça s'inspire beaucoup aussi du symposium qu'il y a eu sur les médicaments en termes de pratiques qu'on a pu observer ailleurs, et dans ce sens-là c'est un chapitre qui reçoit très bien notre aval. Donc, on le voit dans les mesures les plus prometteuses en vertu d'une véritable politique publique de santé sur les médicaments qui y sont incluses.

D'abord, le Conseil du médicament, au regard de la détermination des critères d'utilisation optimale et un renforcement du mandat de la table de concertation, la seule recommandation qu'on aurait à vous faire au niveau de cette table-là, ce serait d'accueillir des représentants d'associations et de consommateurs et d'ainés. On pense qu'une politique du médicament, ça concerne aussi les usagers, la population, donc de l'élargir. Et je vous demanderais votre indulgence pour un petit amendement, d'associations de consommateurs, associations d'ainés et aussi les groupes de femmes. Parce qu'on sait que les femmes, tant comme utilisatrices, comme consommatrices, c'est les groupes qui sont les plus vulnérables à ces questions-là, donc l'importance qu'elles soient associées.

Aussi, on salue...

Le Président (M. Copeman): Mme Chabot, il reste...

Mme Chabot (Louise): Il me reste une minute?

Le Président (M. Copeman): Il reste une minute, exact.

Mme Chabot (Louise): Parfait. Bon. On salue aussi les mesures comme la transmission de l'intention thérapeutique, l'envoi de profils de prescription, la révision de la médication et la formation continue, objective et impartiale. Et on vous demande effectivement de procéder dès maintenant à l'élaboration de cadres de référence et de protocoles de pratique sur la mise en oeuvre de ces mesures qui concernent cela.

S'il me reste une minute, je vais aller tout de suite sur le régime public universel de médicaments qui est à la page 19 et qui pourrait aussi conclure. Je pense qu'il y a toutes sortes de mesures qu'on voit tant dans le régime qu'on connaît actuellement que peut-être des commentaires ou déjà des groupes qui sont venus présenter devant vous aussi des inéquités qui existaient entre les régimes privés et le régime public d'assurance médicaments. Pour nous, ça nous apparaît très important, dans le cadre de cette commission parlementaire là, que le gouvernement accepte de faire une étude vraiment impartiale sur la faisabilité de mettre en place un régime universel d'assurance médicaments. Ce qu'on déplore, c'est que la principale commission qui était chargée de l'étudier dans le fond ne l'a pas fait. L'opinion des groupes comme le nôtre et de d'autres groupes, ce sont aussi des opinions, mais on pense que nos opinions valent autant les opinions qui ont prétendu le contraire. Et on pense que, si on veut s'assurer d'avoir une équité pour l'ensemble des citoyennes et des citoyens au niveau des médicaments et qu'on a la croyance profonde que le médicament fait partie d'une politique de santé, je pense que le gouvernement doit accepter de faire une étude sérieuse sur

cette possibilité-là d'envisager un régime universel de médicaments. Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup. Alors, afin de débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Chabot, Mme Le Brun et Mme Gélinas, pour votre visite aujourd'hui. Je voudrais débiter notre conversation avec la question de l'inclusion, dans la politique du médicament, d'un volet sur l'industrie pharmaceutique. Je dois dire que personnellement j'y tenais beaucoup, à ce que ce soit là. Et je vais vous expliquer pourquoi, et on pourra peut-être échanger là-dessus, parce que je constate, à la lecture de votre mémoire, que vous ne voyez pas l'utilité d'avoir ce chapitre dans la politique du médicament.

Historiquement, toute politique du médicament a toujours donné lieu, dans tous les gouvernements, à une sorte d'opposition entre le versant économique du gouvernement et le versant qu'on pourrait qualifier de plus social dans sa mission, de sorte que tout projet de politique élaboré en vase clos, dans la partie sociale du gouvernement et encore une fois à travers les étiquettes politiques, se trouve à foncièrement buter à des arguments économiques en fin de course parce que, foncièrement et de façon fondamentale, toute politique du médicament est un instrument qui met une contrainte sur l'industrie, disons-le clairement. Même si vous trouvez qu'elle n'est pas assez forte, vous allez entendre des groupes qui vont nous dire qu'elle l'est trop. Alors, dans ce temps-là, je me dis qu'on est quelque part dans l'équilibre.

Alors, le fait d'insérer — et ce n'est pas la majorité de la politique, c'est un axe sur quatre, et il faut quand même le mentionner — le fait d'insérer dans cette politique des suggestions quant à la façon de marier la nécessité qu'on voit au Québec de conserver cette industrie chez nous, avec des préoccupations de santé... Parce qu'une partie du soutien de l'industrie pharmaceutique au Québec, disons-le franchement, depuis le début du régime, se fait à travers les dispositions du régime général d'assurance médicaments, notamment la fixation des prix, la règle de 15 ans, etc., le prix de référence que vous avez soulevé dans votre question. Alors, moi, il me semble que de ne pas inclure ce chapitre dans une politique du médicament, c'est de nous condamner à l'éternel débat entre les forces économiques et les forces plus sociales et d'arriver avec un blocage.

Et je soupçonne, sans le savoir de façon certaine, que ça peut expliquer une des raisons pour lesquelles la politique a été difficile à élaborer au cours des dernières années, parce qu'un jour ou l'autre on en vient à ce problème-là. Et le choix qu'on a fait plutôt, c'est de dire: O.K. On va insérer la préoccupation économique gouvernementale, en termes de création de prospérité, dans la politique dès le début et la faire cheminer comme une partie minoritaire. Ce n'est pas une partie majoritaire de la politique, c'est une partie minoritaire, et il me semble que c'est justifié de le faire de cette façon.

Et un exemple, c'est la question de la fin de la politique de non-augmentation des prix. Il devient de plus en plus difficile pour le Québec d'être isolé dans ce

type d'action là, qui est une action artificielle parce que ça cache foncièrement les réalités extérieures qui s'appliquent partout autour de nous, sur notre continent et sur d'autres continents, et ça nous met finalement en difficulté, puis ça a même des effets pervers sur la santé. Je vais vous donner un exemple de l'effet que ça a, le gel des prix, comme on a depuis 1994, il y a des compagnies qui veulent retirer ou qui retirent des bons vieux médicaments, comme j'aime dire, parce qu'ils trouvent qu'au prix où ils sont ça ne vaut plus la peine de les laisser sur la liste, forçant donc l'utilisation de plus de médicaments à coût très élevé.

Alors, justement, le fait d'encadrer fermement l'augmentation des prix — vous avez pu voir dans la politique que c'est restreint à une fourchette d'augmentation extrêmement minime, qu'on dit même, du côté de l'industrie, insuffisante et symbolique, mais minime et en lien avec l'indice des prix à la consommation — et surtout d'avoir l'entente compensatoire, à laquelle vous avez fait allusion, qui est un levier formidable, là — il n'y en a pas beaucoup d'autres, de leviers où on peut amener un fabricant à s'engager sur des concepts d'utilisation optimale, de marketing, d'éducation médicale continue — moi, il me semble qu'il y a un gain majeur, là, en procédant de cette façon-là. Mais je constate que vous auriez préféré qu'on en reste au statu quo, mais à mon avis la version telle qu'elle est là fait un progrès sur le statu quo en termes non seulement économiques, mais surtout en termes de santé pour favoriser l'utilisation optimale et justement l'engagement réel et ferme du fabricant envers l'utilisation optimale.

Mme Chabot (Louise): Écoutez, M. le ministre, notre lecture là-dessus — puis elle n'est pas récente, puis c'est pour ça qu'on aurait de loin préféré des mesures beaucoup plus rigoureuses — c'est que d'encourager, comme on le fait, l'industrie pharmaceutique, ça cause deux problèmes: un problème d'accessibilité important au niveau des médicaments puis un problème de coûts. Puis on dit que, si on veut faire une politique du médicament qui s'assure, un peu comme on le disait, qu'il y a des règles d'universalité, d'équité puis d'accessibilité, bien il faut s'assurer qu'on contrôle les coûts. Et actuellement c'est un peu un des principes que vous défendez, puis en même temps on voit qu'avec l'industrie pharmaceutique les mesures de contrôle sont loin d'être là, au contraire.

On maintient puis on est les seuls à maintenir la règle du 15 ans. Là, on déplaçonne les prix. Ça fait qu'on n'instaure pas de prix de référence. Et on parle effectivement... En tout cas, pour nous, on ne voit pas du tout. C'est pour ça qu'on dit: Ce chapitre-là devait disparaître, parce qu'on ne voit pas comment... ces mesures-là vont venir aggraver encore plus finalement le problème qu'on a de pérennité puis de financement parce que les coûts sont débridés. S'il y a quelque chose de débridé, c'est bien toute la question des coûts des médicaments, puis pour nous ça... Parce qu'on ne veut pas enlever à l'industrie pharmaceutique la part qu'elle peut... Bon. Elle a aussi un rôle social. C'est vrai qu'on peut lui donner les moyens, au Québec, d'être présente, mais il y a aussi un rôle social. On parle de médicaments, ce n'est pas n'importe quelle marchandise, puis pour nous c'est clair que c'est un chapitre qui ne mérite pas...

Mme Le Brun (Hélène): ...

Mme Chabot (Louise): Pardon? Tu veux-tu compléter?

Mme Le Brun (Hélène): Bien, vous dites que c'est un volet très minime, la politique, un chapitre sur quatre, sauf que, quand on voit les orientations du chapitre sur l'accessibilité, du chapitre sur la fixation de soi-disant justes prix, il est tout à fait clair que le chapitre IV conduit aux orientations qui sont écrites là, donc il est loin d'être minime. Il a peut-être le mérite d'être transparent, parce que vous avez raison qu'au fil des années c'est effectivement les ministères de développement économique qui ont toujours mis un frein au contrôle public sur le médicament. À ce niveau-là, il a le mérite d'être transparent, sauf qu'en même temps il a aussi l'apanage de vous asservir, en tant que ministre de la Santé et Services sociaux, complètement à l'autre ministère. Et nous croyons qu'il est de la responsabilité d'un ministre de la Santé et Services sociaux de voir une politique du médicament comme étant, d'abord et avant tout, une politique de santé publique et non pas une politique de développement économique.

● (15 h 50) ●

M. Couillard: Je dois dire que la signification du terme «asservissement» est variable selon les personnes auxquelles vous parlerez dans le gouvernement, parce que dans tous les gouvernements confondus... Et je signale en passant qu'il n'y a aucune des deux formations politiques représentées actuellement qui a remis en cause aucun de ces éléments de soutien à l'industrie, que ce soit la règle de 15 ans ou le fait de ne pas utiliser de prix de référence. Je dois vous dire que ce qui est contenu dans la politique en termes de contrôle, même si de toute évidence ça vous paraît insuffisant, pour d'autres acteurs qui viendront à votre place, c'est considéré comme extrêmement rigoureux, improductif, trop sévère, etc., de sorte que la recherche d'équilibre m'apparaît, là, importante de ce côté-là.

La question des médicaments ambulatoires, juste clarifier quelque chose parce que vous avez... effectivement, vous avez vu la proposition qui est dans le document de consultation, mais il ne faudrait pas non plus donner à la population l'impression que c'est quelque chose de nouveau. Ça fait des années que le problème existe. Le problème en fait, dans le statu quo actuel, est un peu plus marqué parce que les gens doivent, pour se faire administrer le médicament, non seulement se le procurer en pharmacie extérieure, mais aller à l'extérieur pour se le faire administrer. Et c'est au cours des deux ou trois, quatre dernières années que les nouveaux médicaments, par exemple l'érythropoïétine en cas de dialyse rénale et d'autres, ont donné lieu à ce problème-là. La Visudyne, moi, quand j'étais chef de chirurgie, on a eu exactement le même problème avec la Visudyne à Sherbrooke pour la dégénérescence maculaire. L'état actuel est ça. Et l'état actuel, c'est que la personne, un, se procure les médicaments en pharmacie avec le régime général et, deux, ne peut l'avoir administré à l'hôpital, avec le résultat que la personne vient pour sa dialyse, par exemple, passe par la pharmacie pour se procurer le médicament, ou après son traitement de dialyse, doit quitter sa chaise de dialyse pour aller se le faire administrer

ailleurs. Et ça, en termes d'inconvénients, c'est absolument majeur. Alors, c'est ce qu'on essaie de corriger, qu'au moins le médicament puisse être administré dans l'établissement sans que la personne n'ait à se déplacer.

La question de la procuration du médicament entre le régime et le budget hospitalier, essentiellement c'est une question de vases communicants d'enveloppes budgétaires avec, d'un côté, le régime général d'assurance médicaments et, de l'autre côté, le budget hospitalier. Et il faut savoir que le budget hospitalier est grevé de façon majeure si certains de ces médicaments sont inclus dans le budget de fonctionnement, s'il n'y a pas une transmission, si vous voulez, entre les deux, là, entre les deux enveloppes budgétaires. Il y a des médicaments qui coûtent des dizaines et des dizaines de milliers de dollars par patient par année, de sorte qu'il faut absolument trouver une façon d'équilibrer, d'une part, le budget d'assurance médicaments et, d'autre part, le budget des établissements.

Mais je voudrais revenir sur le fait que la situation actuelle, la proposition, telle qu'elle est, est une amélioration sur la situation actuelle. Ce n'est pas une nouvelle façon de faire. C'est comme ça qu'au fil des années, surtout au cours des dernières années, avec les nouveaux médicaments très coûteux... c'est une pratique qui a été mise en place progressivement, qu'on essaie d'améliorer. Évidemment, le pas de plus à faire, ce serait de régler le problème de procuration de médicaments entre la pharmacie à l'extérieur et le budget hospitalier, et ça, ça présente des difficultés techniques, là, essentiellement. Mais je voulais juste mettre ça au point, là, que ce n'est pas une nouvelle situation, ça, là.

Mme Chabot (Louise): ...

M. Couillard: Oui.

Mme Chabot (Louise): Pardon. Bien, j'aurais deux choses là-dessus. Bien, le texte mériterait d'être clarifié, parce qu'entre ce que vous nous évoquez et la lecture qu'on a faite... Puis je pense qu'on n'aura pas été les seuls à questionner. Ça, c'est une chose. La deuxième chose, nous, ce qu'on voulait s'assurer aussi, c'est peut-être quelque chose de plus que même amenait la proposition, c'est qu'il y a des orientations ministérielles et sociétales aussi de favoriser de plus en plus le maintien à domicile ou... donc, diminuer le temps d'hospitalisation, les durées de séjour, etc., puis pour nous il ne faut pas que cela crée un vide et fasse en sorte que les personnes qui avaient besoin d'une thérapie se retrouvent en situation de devoir la défrayer parce qu'on aura adopté des politiques qui favorisent les virages ambulatoires.

M. Couillard: Il y a au moins deux ou trois médicaments qui viennent à l'esprit où cette situation est déjà présente, par exemple l'Epex, là, pour la dialyse, à laquelle je faisais allusion, le Remicade pour l'arthrite rhumatoïde et le Visudyne pour la dégénérescence maculaire chez les personnes âgées. Et, comme on voit, avec les nouvelles découvertes qu'on nous annonce au cours des prochaines années, qu'il s'agit d'un problème qui risque de se manifester, c'est une bonne chose pour les patients parce que c'est des nouveaux médicaments efficaces, mais effectivement ça nous pose un problème. On essaie de trouver une solution, là, qui soit plus

respectueuse des gens, qu'au moins on diminue leurs déplacements.

Vous avez terminé votre présentation avec la suggestion, comme l'ont fait vos prédécesseurs de la Coalition Solidarité Santé, d'un régime public universel d'assurance médicaments. Je ne sais pas si vous étiez là ce matin, on a eu un échange. Je ne voudrais pas le reprendre complètement. Déjà, le comité Montmarquette — madame était là — avait élaboré sur la question et avait présenté des... Je vais les résumer encore. Peut-être, vous pourriez vous boucher les oreilles si vous trouvez ça ennuyeux de m'entendre répéter la même chose, mais il est essentiel que cette discussion ait lieu. Et, même si on peut la poursuivre, comme vous le suggérez, par des études plus approfondies, il y a certains principes qui doivent être mis de l'avant, et essentiellement ce sont les aspects potentiellement positifs ou négatifs d'un régime public universel d'assurance médicaments.

Un des aspects positifs, c'est l'élargissement de la fourchette de revenus cotisables pour les primes de façon à ce que le régime puisse être plus progressif qu'il est actuellement. Ça, il n'y a pas de doute là-dedans. Deuxièmement, nous savons que les coûts d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec sont inférieurs aux coûts d'administration des régimes privés, mais là il faut être prudent parce qu'on ne parle pas des mêmes régimes. Les régimes privés collectifs ont d'autres versants que le seul médicament, de sorte qu'il faut être prudent dans ces comparaisons. Mais disons qu'au moins la Régie de l'assurance maladie du Québec est très compétitive en ce qui a trait aux frais d'administration. Ça, je dirais que c'est l'essentiel des bénéfices, et effectivement ça ajoute plus d'équité, sur le plan théorique.

À l'opposé cependant, ça nous prive de plusieurs sources de revenus pour le gouvernement. Il faut le dire très franchement et de façon très transparente à la population parce que tous ces services publics ont besoin de rentrées financières pour être permis et possibles. Il y a les contributions d'employeurs actuelles dans les régimes d'assurance, il y a les taxes que nous prélevons sur les primes d'assurance — il y en a deux types, comme vous le savez, qui s'ajoutent et qui donnent des rentrées budgétaires considérables au gouvernement — et il y a un autre élément également qui nous est souligné, et on pourra y revenir avec les économistes qui viendront se présenter devant nous, c'est que, des assureurs, il y a deux sortes de joueurs: il y a les grands assureurs énormes, multinationaux ou géants, et puis on a un groupe d'assureurs de plus petite taille, ce sont les assureurs québécois. Prenez la SSQ, par exemple, ou d'autres assureurs semblables dont la rentabilité dépend essentiellement de la présence, de la possibilité pour eux d'assurer des régimes collectifs et notamment de médicaments. Alors, il y a une crainte également, sur le plan économique, qu'on entraîne l'instabilité des assureurs et de nos assureurs québécois dans le paysage économique.

Alors, vous voyez, tous ces éléments avaient été évoqués par Montmarquette en 2001, et c'est la raison pour laquelle, à l'époque, le gouvernement précédent avait décidé de ne pas aller de l'avant vers un régime public universel. Et je comprends qu'on peut refaire le travail, mais les arguments me semblent essentiellement les mêmes, il s'agit de les quantifier. Je suppose que ceux qui sont pour le régime public universel vont maximiser

les avantages et en minimiser les inconvénients, mais, sur le plan économique, il y a un certain degré de risque, là, qu'il m'apparaît important de mentionner parce que...

Prenons, par exemple, la contribution des employeurs. On peut dire: Bien, là, c'est facile, on a juste à la transformer en taxe sur la masse salariale, par exemple, pour le même montant. Mais, là, on vient d'alourdir considérablement la fiscalité des entreprises et on vient de donner le message qu'au Québec faire des affaires puis installer une entreprise, ça coûte plus cher qu'ailleurs. Mais il faut être extrêmement prudent là-dedans. Ce n'est pas une fois qu'on a perdu les emplois puis la croissance économique qu'on dit: Malheureusement, ce n'était pas une bonne idée. Et on veut bien faire le travail encore une fois de refaire l'analyse, et on le fait, on en a discuté à plusieurs reprises, mes collaborateurs et moi, moi, en me présentant un peu comme l'avocat du diable, en essayant de voir si justement il n'était pas possible de revenir sur ce concept-là, mais il me paraît y avoir des obstacles quand même assez considérables sur le plan économique, là, dans ce modèle-là.

Mme Chabot (Louise): Bien, peut-être que... Mme Le Brun, je suis sûre que ça ne l'a pas dérangée de réentendre, mais en tout cas, nous, notre lecture, effectivement ça a été la dernière étude commandée auprès de M. Montmarquette, et, nous, notre analyse, c'est ce que ce sera... D'ailleurs, on le mentionne que, sur un rapport de 67 pages, il y a eu quatre pages de dédiées à cela, et ça n'a pas été au cœur malgré que c'était son mandat d'étudier ça. Effectivement, comme vous le dites, il a évacué assez rapidement pour des raisons particulièrement économiques, mais jamais on a pu avoir l'occasion de vraiment étudier à fond cette question-là. Puis, comme vous le dites, probablement que les opinions qu'on pourra émettre iront plus dans la balance des avantages, ça dépend sous quel angle on regarde ça.

Il y a un avantage d'ailleurs qui... Ce serait un avantage qui m'apparaît très heureux pour les citoyens, c'est qu'il y aurait un meilleur contrôle aussi parce que ce serait un régime complètement étatique. Donc, la gouvernance d'un régime comme ça nous permettrait un meilleur contrôle justement d'une politique de santé qui inclut une politique de médicament plutôt que de laisser le contrôle à des questions économiques, ou aux entreprises, ou aux assureurs.

Il y a peut-être moyen, comme vous le disiez, tout à l'heure, de faire des rapprochements entre les deux. Les contributions des employeurs sont très variables d'ailleurs, hein? Je parle des contributions des employeurs dans le secteur public. Ce n'est pas ça qui fait vraiment vivre le régime, c'est beaucoup plus les salariés qui paient 0,50 \$ par année... 26 \$ par année pour un régime familial, là. Je ne pense pas que ce soit une contribution énorme même actuellement, mais il y a peut-être d'autres employeurs que c'est une autre question. Mais je pense qu'il faut le regarder beaucoup plus sous l'angle public d'accessibilité, de contrôle.

● (16 heures) ●

Puis, au niveau économique, bien, écoutez, ce n'est pas qu'on est insensible aux questions économiques, quand on parle de la question économique au Québec, mais je pense que ça ne doit pas prédominer justement sur des questions d'accessibilité et de contrôle des coûts,

et c'est dans ce sens-là qu'on veut que l'étude soit faite. Peut-être qu'il y aura une balance des avantages et des inconvénients qui va s'équilibrer puis qu'on pourra vraiment aller de l'avant. Puis ça permettra peut-être, parce que je ne sais pas comment vous voyez la situation, qu'on puisse se retrouver avec certaines dérives, là.

J'étais, comme des collègues qui sont avec nous, dans ma voiture pour entendre que les avocats du Barreau du Québec, ils avaient décidé de mettre fin à leur assurance collective pour venir dans... Bon. Mais est-ce qu'on va laisser aller ça comme ça aussi? Est-ce que ces genres de pratiques là, ces situations-là ne militent pas en faveur effectivement d'étudier la question d'un régime universel? Est-ce qu'on peut au moins correctement faire cette étude-là? C'est ce qu'on vous demande. On ne vous demande pas de mettre ça sur la table demain matin. Mais je pense que ça mériterait que les études... Parce que, depuis ce temps quand même, je pense que c'est un dossier qui a même évolué. De plus en plus aussi, malgré... On le voit, là, que le contrôle des coûts des médicaments, là, ça devient une préoccupation qui est large, puis on pense que c'est un des moyens qui pourra l'atteindre. Ça fait que c'est là-dessus qu'on vous invite.

M. Couillard: C'est bien.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Mme Chabot, Mme Le Brun, Mme Gélinas, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Mon collègue le député de Vachon souhaiterait également pouvoir échanger avec vous, alors j'irai donc au plus pressé d'une certaine façon.

À la page 13, là, de votre mémoire, vous faites état de cette, disons, politique... de cette proposition, dans le projet de politique, de conclure des ententes qui contiendraient des mesures compensatoires. Alors, première chose, peut-être vous rappeler que ce que le ministre mentionnait tantôt comme étant son désir d'inclure un volet sur l'industrie pharmaceutique, il faut quand même constater que c'est un désir récent, puisqu'il y a deux ans il n'en était pas du tout question dans la plateforme libérale appelée *Partenaires pour la santé*. Et, l'an dernier, ça a été mon étonnement de relire le document *Briller parmi les meilleurs*, un document publié en avril de l'an passé, un an donc après l'arrivée au pouvoir du Parti libéral, et, dans *Briller pour la santé*... briller pas pour la santé, *Briller parmi les meilleurs*, il n'y a que trois volets. Donc, c'est très récent le quatrième: l'industrie pharmaceutique. Il n'a jamais existé avant tout récemment. Et je comprends que le ministre nous disait tantôt tenir beaucoup à l'inclusion de ce volet.

En fait, on verra quel usage il en fera, parce qu'il est possible, c'est son hypothèse, il est possible, tel qu'exprimé, que le fait d'introduire un quatrième volet subordonne la dimension commerciale, si vous voulez, ou économique qui est le développement économique — une dimension légitime par ailleurs — mais la subordonne aux objectifs de santé publique. Ce n'est pas impossible. Il est possible que, dans le jeu de souque à la corde entre le ministre du Développement économique et

le ministre de la Santé et des Services sociaux, ce soit le ministre, cette année, de la Santé et des Services sociaux qui aurait gagné, si vous voulez, d'un déplacement de cette dimension de développement économique vers son appropriation et son déplacement vers la problématique santé.

Mais ça, ça ne se voit qu'à l'usage cependant parce qu'il faut comprendre que le dégel... En fait, il est question de dégel des prix, comme vous le mentionniez dans votre mémoire, mais c'est un dégel que l'on comprend stratégique transfrontalier. Alors qu'à l'inverse, à l'intérieur des frontières du Québec, je ne veux pas caricaturer, mais je crois que le ministre veut que l'État devienne le bénéficiaire des ristournes de l'industrie, à savoir que c'est assez important. Je relisais le jugement de la Cour supérieure à l'égard des poursuites intentées contre une entreprise, Pharmascience, par l'Ordre des pharmaciens, et l'Ordre des pharmaciens évaluait à 200 millions pour les années 2001, 2002, 2003, si vous voulez, les ristournes, là, les compensations en fait octroyées aux pharmaciens; 1 500, disaient-ils, sur les 6 000.

Alors, est-ce qu'il réussira, et qu'est-ce que ça donnera? Chose certaine, ça ne doit pas se faire au détriment de l'intérêt public. Et l'information qui circule actuellement serait à l'effet que la RAMQ retirerait ses poursuites, qui sont devant les tribunaux, contre quatre grandes entreprises. Alors, tout ça va se voir finalement à l'usage. Est-ce qu'il va finir par y avoir une entente hors cour pour faire taire l'affaire? À ce stade-ci, ce que je vous conseillerais, c'est d'insister beaucoup, beaucoup pour qu'il n'y ait pas qu'un face-à-face entre les ministères et les représentants de l'industrie au sein du forum, d'insister beaucoup pour qu'il y ait un tiers et que le tiers, ce soit justement des gens qui représentent la dimension... le rôle social en fait du médicament.

Puisque le ministre, maintenant, de la Santé et des Services sociaux, dans sa politique, veut un volet économique et qu'il sera présent, ce volet économique, bien évidemment, avec les représentations du ministère du Développement économique, qui serait présent, là, la proposition est ainsi, au sein du forum, qui va avoir comme seul objectif, préoccupation, de faire valoir le rôle social? Alors, je crois que vous préconisez qu'au sein du forum il y ait des tiers citoyens ou il y ait des tiers, si vous voulez, société civile. C'est ce que je dois comprendre? C'est à la table de concertation...

Mme Chabot (Louise): Non, c'est la table de concertation qu'on proposait d'élargir.

Mme Harel: ...du Conseil du médicament? Donc, la table de concertation, quant au choix des médicaments, mais pas au sein du forum.

Mme Chabot (Louise): Non, ce chapitre-là, pour nous la recommandation, c'est d'enlever le chapitre et les recommandations qui s'y rattachent, parce que...

Mme Harel: Mais s'il est maintenu?

Mme Chabot (Louise): Bien, je pense que...

Mme Harel: Je ne sais pas ce que le ministre en décidera, là, mais, s'il advenait qu'entre tout ou rien...

Préféreriez-vous rien à obtenir que le tout soit supprimé ou...

Mme Chabot (Louise): En tout cas, c'est clair que, si c'était maintenu — puis je vais laisser Hélène compléter — l'objectif qui doit être recherché dans ce sens-là, c'est un peu ce que vous disiez, c'est-à-dire on va le voir à l'usage, mais que... En tout cas, pour nous, on s'inscrit et on est ici, aujourd'hui, là, vraiment pour une politique de santé. Donc, les politiques économiques qui viennent soutenir des politiques de santé, on ne sera pas en désaccord d'avoir un soutien de l'économique pour favoriser une politique de santé qui soit universelle et équitable. Mais actuellement les pratiques qu'on voit, là, en tout cas on n'est pas capable de s'empêcher de voir que de plus en plus c'est une industrie qui est florissante au plan des profits, qui a des attitudes de marketing, et on ne voit rien, dans ce chapitre-là, au contraire, pour venir contrôler et rendre imputable socialement, par des mesures, l'industrie pharmaceutique.

Je ne dis pas qu'ils ne jouent pas un rôle dans notre société. Ils contribuent effectivement à faire de l'avancement au niveau des médicaments, qui permet effectivement d'avoir un meilleur état de santé. On ne leur enlève pas ça. Mais est-ce qu'il peut y avoir un juste équilibre entre une marge de profit, entre une industrie qui a sa place au Québec puis son engagement social? C'est ça qu'on vise, et on dit que le chapitre IV, tel que libellé, ne nous conduit pas à cela, et on ne pense pas que l'industrie pharmaceutique va se faire un devoir d'accorder des redevances à l'État pour une politique de santé.

Mme Harel: Vous êtes membres de la Coalition...

Mme Chabot (Louise): Et, si jamais ça restait comme ça, bien, mon Dieu...

● (16 h 10) ●

Mme Le Brun (Hélène): Bien, c'est que, tel que libellé, en tout cas de la façon dont on le lit actuellement, qui a été amené et même contextualisé en les comparant au forum qui existe en métallurgie, c'est, à toutes fins pratiques, une institutionnalisation de lobbying. Bon. Ça, on ne peut pas être en accord avec ça. Par contre, effectivement, que le ministre de la Santé tente d'apporter un arbitrage de l'ordre de l'éthique sociale entre des politiques de santé et des politiques économiques, on en est, on le supporterait à l'intérieur de ça. On n'est pas contre certaines ristournes qui permettraient au gouvernement d'améliorer son régime public d'assurance médicaments, on lui en propose même une, au sens où on dit que, quant à nous, actuellement les ristournes qu'il veut recevoir, ce sont des vœux pieux. Il pense pouvoir réussir à les atteindre, mais ça ne nous semble pas très encadré.

Alors, nous, on dit: Allez en chercher, des ristournes, mais qui sont du domaine d'arbitrer et de ramener les compagnies pharmaceutiques à faire un acte d'éthique sociale. Et, à ce niveau-là, on dit effectivement — on en propose même une — on dit: Dans son régime général d'assurance médicaments, il y a un large volet assistance, et, à cause, de un, du virage ambulatoire, le gouvernement paie... il donne des subventions aux

compagnies pharmaceutiques et en plus il paie le gros prix pour la moitié des médicaments qu'il rembourse lui-même. Donc, finalement, il contribue deux fois. Nous, on pense que, s'il y a lieu effectivement d'amener un volet entre le ministère économique et le ministère de la Santé, ce volet-là est pour amener les compagnies pharmaceutiques à avoir des comportements éthiques, parce qu'ils oeuvrent dans un domaine de santé publique et qu'ils n'oeuvrent pas dans un domaine de la métallurgie ou des transports.

Mme Gélinas (Mariette): Peut-être...

Une voix: Mme Gélinas.

Mme Gélinas (Mariette): Peut-être juste ajouter que les quatre volets de cette politique-là devraient avoir comme préoccupation la personne et non être centrés sur autre chose. Donc, si on a la personne au coeur, on peut étudier toutes les possibilités, mais toujours en ayant la personne citoyenne qui est au coeur de ce volet politique, là, de médicament.

Mme Harel: Ça m'apparaît d'autant plus important que les récentes nominations à la Régie d'assurance maladie du Québec, là, ont vu arriver, au conseil d'administration — récentes nominations du gouvernement — un représentant de l'industrie pharmaceutique et un représentant des propriétaires pharmaciens. Et je me dis qu'à l'inverse les consommateurs que vous représentez, je crois, comme membres de la Coalition Solidarité Santé et aussi, bien évidemment, les travailleurs que vous représentez aussi auraient intérêt à être dans ces forums où doivent s'élaborer des règles d'éthique.

Alors, écoutez, j'aimerais aussi beaucoup vous entendre sur cette question d'un régime universel. Alors, on voit bien qu'il peut y avoir évolution, bien évidemment, mais actuellement il y a une taxe qui est de l'ordre de 11,2 % ou 11,3 % sur les régimes collectifs et primes, puis ensuite il y a la partie... La contribution de l'employeur, dans ces régimes collectifs, est ajoutée aux revenus imposables du travailleur ou de la travailleuse. Donc, est-ce que vous avez une idée de quel est le montant, si vous voulez, qui est ainsi prélevé?

Le ministre parlait tantôt qu'il ne voulait pas alourdir la fiscalité des entreprises, mais actuellement vous savez que c'est la fiscalité des travailleurs et travailleuses qui est alourdie du fait que la prime est taxée de l'ordre d'un peu plus de 11 % et du fait que la contribution de l'employeur est ajoutée aux revenus pour être imposée. Alors, je me demandais si vous aviez une idée de ces sommes. Le ministre tantôt a dit que c'étaient des sommes considérables, certainement, m'a-t-on dit, des centaines de millions de dollars. Mais, à ce moment-là, est-ce que ce n'est pas un progrès, d'avoir plus de transparence dans les contributions employeur-travailleur lorsqu'on parle de taxe sur la masse salariale?

Mme Chabot (Louise): Très honnêtement, on n'a pas de... on n'est pas capable de vous chiffrer ou on n'a pas d'étude sur les coûts de cela. Si on revient au régime public universel d'assurance médicaments, c'est que de plus en plus, bon, on l'a vu, même dans cette politique-là, actuellement on voit qu'on ne peut pas

couvrir tous les besoins des personnes, même dans le régime actuel général d'assurance médicaments, et même la mesure qui est proposée par le gouvernement, c'est la gratuité pour les personnes qui reçoivent le maximum du supplément pour les personnes... Bon. Donc, on n'est pas capable d'atteindre la gratuité pour un plus grand nombre de citoyennes et citoyens.

Et on voit qu'il y a des questions d'inéquité aussi par rapport aux régimes privés d'assurance puis de... Nous, on n'a pas pris cet angle-là, dans le cadre de notre mémoire, pour illustrer ça, tant à la fois sur les personnes qui sont couvertes, les moins de 18 ans, les 18 à 21 ans, ou la question effectivement que, quel que soit ton statut, tu paies la même prime. On le sait qu'il y a des questions comme ça. Mais, nous, on dit: C'est autant de raisons, ces inéquités-là qui sont générées tant dans le système qu'on connaît, avec le volet assistance et aussi assurance, que dans des régimes privés, qui militeraient en faveur qu'on la fasse réellement, l'étude, et qu'on ait un...

Écoutez, si économiquement c'est la perte du Québec, là, ce n'est pas notre but, hein? Je ne pense pas qu'on veuille, en apportant l'idée d'un régime universel d'assurance médicaments, se dire: Tu sais, au nom de l'universalité, puis de la gratuité, puis de l'équité, là, on est prêts à être économiquement encore plus pauvres. Ce n'est pas le but, mais c'est de dire: Est-ce qu'on peut équilibrer ça? Puis on pense qu'il pourrait y avoir un apport peut-être plus important qu'on pense. Écoutez, les compagnies d'assurance dont on parle, à notre connaissance, ne vivent pas seulement des régimes d'assurance médicaments aussi, là. Les compagnies d'assurances offrent d'autres gammes de services, donc je pense...

Mme Harel: Évidemment, plusieurs vont faire valoir que, sur le marché du travail, les régimes collectifs couvrent à la fois l'invalidité et le médicament. Vous savez que les chiffres qui avaient été fournis, l'an dernier, au moment du symposium, démontraient que le coût sur l'explication quant à la hausse du médicament, c'était environ 60 % qui était dû à l'augmentation du nombre d'ordonnances, 28 % à l'augmentation du nombre de participants et finalement 12 % à l'augmentation du coût du médicament lui-même. Alors, en d'autres termes, ce n'était pas le coût du médicament, comme on l'imagine, là, qui était le facteur le plus important, mais le nombre d'ordonnances et le nombre de participants. Je ne sais pas si cela vous amène à, disons, penser qu'il y a peut-être des pratiques qu'il faut modifier quant au nombre d'ordonnances ou non pas quant au nombre de participants, bien évidemment. Malgré le fait que le nombre de participants, on comprend qu'il augmente aussi parce qu'automatiquement ou presque, à 65 ans, même chez vos membres, je pense, hein... les membres préfèrent rester sur votre régime collectif?

Mme Chabot (Louise): ...mais je pourrais...

Mme Harel: Les membres préfèrent rester sur votre régime collectif. Mais il y en a juste 4 % ou 5 %, je pense, de tous les aînés retraités qui restent sur le régime collectif de leur employeur, la plupart s'en vont sur le régime public, hein?

Mme Gélinas (Marianne): Oui, mais, après 65 ans, on leur conseille de s'en aller au régime public aussi. Oui.

Mme Harel: C'est ça. C'est ce que j'ai conseillé à ma mère aussi.

Mme Chabot (Louise): Bien, à votre question, c'est sûr qu'une politique... là, on est sur une politique du médicament. Mais, si on le regarde au sens global, la question des ordonnances, c'est une question importante. Mais ça, c'est vrai tant dans... Mon Dieu, c'est une question de pratique, c'est une question de voir comment... Je pense que chaque geste qu'on pose, chaque ordonnance qui est prescrite, chaque traitement qui est prescrit doit être le bon au bon moment. Et on peut effectivement déplorer souvent que, par manque de temps, par manque de suivi d'une clientèle, ces questions-là d'ordonnance peuvent être une réponse à donner à la personne plutôt qu'une vraie écoute qui ferait en sorte que peut-être qu'il y en aurait moins, mais je pense que ça englobe tout, là. L'utilisation optimale du médicament, ça veut dire aussi les personnes qui les prescrivent, parce que, si les personnes qui les consomment sont souvent plus dépendantes de l'ordonnance que la personne qui est en mesure... Mais, dans ce sens-là, en tout cas, il faut agir. Mais il y a quelques mesures, comme les profils, ça, je pense que c'est des mesures intéressantes qui avaient été aussi soulevées lors du symposium.

Le Président (M. Copeman): Ça va exiger un échange assez bref, M. le député de Vachon, il reste deux minutes.

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président. Bonjour. Vous faites référence, dans votre recommandation n° 1, à l'établissement de «la gratuité pour l'ensemble des personnes vivant sous le seuil de faibles revenus». Cette recommandation, vous la faites dans un contexte où le gouvernement, alors que nous étions en période électorale, s'était déjà engagé, dans une lettre datée du 7 avril 2003, à Mme Morval, qui est présidente du Mouvement ATD Quart Monde, je cite, là: «Nos engagements — dit la lettre signée par le chef du Parti libéral du Québec — prévoient déjà l'adoption de certaines mesures urgentes — nous sommes le 7 avril 2003 — dont la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu — il n'était pas question de prestations maximales — et les personnes assistées sociales.»

● (16 h 20) ●

Votre recommandation me semble aller plus loin que la promesse qui n'a pas encore été rencontrée, là, de la part du chef du Parti libéral, semble aller plus loin que ça, puisque vous faites mention «des personnes vivant sous le seuil de faibles revenus». Donc, vous pensez également aux travailleurs et travailleuses qui pourraient ne pas gagner un revenu suffisant pour les amener au seuil de faibles revenus, c'est ça?

Mme Chabot (Louise): Oui, effectivement. Et, quand on parle de seuil du faible revenu, on s'appuie sur Statistique Canada, mais effectivement on vise une couverture plus large. Et notre recommandation, elle est amenée... Bon. A la suite de ce qu'on mentionnait dans

ce chapitre-là, effectivement on ne peut pas, comme citoyens, par manque de revenus, se priver ou développer des attitudes qui vont nuire à notre santé, puis on pense que la question des médicaments, de son coût, et le fait que, pour ces personnes-là... Vous savez, quand vous gagnez un revenu comme ça, de 15 000 \$ par année, et si vous êtes par malheur une personne qui a des problèmes de santé et qui doit avoir des médicaments importants, tu ne peux pas adopter des attitudes qui font en sorte que tu pourrais détériorer encore plus ta santé. Et pour nous, dès que tu es sous le seuil de faibles revenus, je pense que l'État doit supporter ces personnes-là en termes d'assistance, et le médicament doit faire partie d'une politique de santé pour les aider, effectivement. C'est clair.

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Chabot, Mme Le Brun, Mme Gélinas, merci beaucoup pour votre contribution à cette commission parlementaire, au nom de la Centrale des syndicats du Québec.

Et j'invite immédiatement les représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. M. le secrétaire général, M. Roy, M. Bellemare, bonjour. Bienvenue à cette commission. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation qui sera suivie par un échange d'une période maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Et je présume, c'est M. Roy qui va commencer?

M. Roy (René): Oui.

Le Président (M. Copeman): Je présume correctement?

M. Roy (René): Oui, monsieur.

Le Président (M. Copeman): Nous vous écoutons.

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

M. Roy (René): Merci, M. le Président. Alors, je suis accompagné, comme vous l'avez dit, de Réjean Bellemare, économiste à la FTQ, il connaît ça un peu plus que moi, les médicaments.

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas comme utilisateur, M. Roy?

M. Roy (René): J'en aurais eu besoin dans mon voyage d'avion que je viens de faire. Un peu de calmants, ça m'aurait fait du bien. Bon. Ceci étant dit...

Le Président (M. Copeman): C'était en vente libre, ça, M. Roy.

M. Roy (René): Ceci étant dit, la FTQ... Merci, M. le Président, merci de nous accueillir. La FTQ a intervenu plusieurs fois, depuis 1997, et notre présentation va être assez courte. On va résumer notre présentation pour permettre des échanges. Et on va insister immédiatement au début pour le maintien d'une politique mixte sur le médicament. La raison pour une telle politique existait en 1997. Pour nous, à la FTQ, il existe toujours un régime d'assurance. Il y a 4 millions de citoyens qui sont couverts par les régimes privés d'assurance de médicaments, et on avait insisté, à l'époque, que le fait qu'on maintient un régime d'assurance privé faisait en sorte que les employeurs payaient leur partie des coûts des médicaments à travers des primes qui sont négociées sur les tables de négociation, et que le fait de transférer ça complètement dans un système d'État, gouvernemental, éliminait la contribution des patrons, patronale, au régime de médicaments. Et ça aurait fait un peu comme l'assurance maladie — mais on ne veut pas qu'elle change, celle-là — qui devient, à toutes fins pratiques, une subvention pour les entreprises.

On se rappellera quand, à un moment donné, il y a quelques ministres qui voulaient mettre des frais modérateurs en maladie et que les premiers intervenants avaient été les grosses compagnies, comme General Motors, qui prétendaient que ça leur coûterait 100 millions de dollars, au Québec, si on modifiait notre régime d'assurance maladie. La même chose va se produire... Aux États-Unis, où est-ce qu'on négocie, aux États-Unis aussi, les régimes de médicaments sont, à toutes fins pratiques, hors de contrôle. Et, sur les tables de négociation, souvent les conflits de travail sont sur la couverture des soins de maladie et la couverture des soins de médicaments, simplement pour couvrir le coût des assurances pour ces besoins-là. Et facilement ça coûte aux entreprises entre 8 000 \$ et 15 000 \$ par travailleur et travailleuse pour couvrir ces coûts-là. Alors, on voulait faire ce point-là.

En 2002 aussi, on avait soumis un mémoire. Plusieurs des politiques qu'on retrouve aujourd'hui, selon nous, auraient dû être mises de l'avant bien avant. Les critères 3 et 4 sur les médicaments, entre autres, auraient dû être implémentés bien avant. On est d'accord en grande partie avec l'approche gouvernementale d'une politique des médicaments puis on est d'accord avec la politique des médicaments. On l'a dit en 2002, on le redit. On veut clarifier cependant le rôle du Conseil des médicaments. On pense que le Conseil des médicaments doit être maintenu. Par contre, on voudrait avoir un fonds, M. le ministre, un fonds de formation pour les professionnels. Et ce fonds-là, on ne veut pas le mettre aux frais du gouvernement, on veut le mettre aux frais de l'industrie et on veut qu'il y ait une démarcation entre la formation et l'indépendance des professionnels de la santé là-dedans. Alors, on sait que les compagnies pharmaceutiques, et autres, mettent beaucoup d'argent pour la formation professionnelle. Alors, on pense que cet argent-là doit être remis dans un fonds de formation pour les professionnels et géré par le Conseil des médicaments.

On veut maintenir aussi la table de concertation. Sur les deux, Conseil des médicaments et table de concertation, on pense qu'on devrait rajouter de la représentation des utilisateurs. On sait que, dans la table de concertation, on retrouve l'Ordre des infirmiers et infirmières, mais on ne retrouve pas beaucoup de représentants des

travailleurs, travailleuses dans ces conseils-là. Or, le forum peut-être... Vous avez proposé un forum. On est moins excité par les forums, mais, si c'est un forum qui sert... en tout cas, dans cette industrie-là, il sert à quoi, à établir ou à banaliser les prix des médicaments? Bien, tant mieux, mais on voudrait y participer à ce moment-là.

Sur la règle du 15 ans, on a été pour la règle du 15 ans sur les médicaments innovateurs, on est encore en faveur de cette règle-là. Maintenant, on l'a dit, on le redit, c'est le traitement qui doit passer avant, avant le rôle économique ou en tout cas la partie économique du point en question. On sait très bien, à la FTQ, les montants énormes que ça prend pour développer des médicaments. Alors, il s'agit d'investir dans l'industrie de la science de la vie ou de la biotechnologie pour savoir que c'est toute une aventure avant d'arriver à la production d'un médicament et à ce qu'un médicament devienne rentable. On sait ça. Par contre, on pense que la règle du 15 ans doit être là. L'industrie pharmaceutique, au Québec, est importante, on doit la protéger, et elle est surtout dans les médicaments innovateurs.

● (16 h 30) ●

Sur la question des soins ambulatoires, là, on pense que ça doit être gratuit. Côté des faibles revenus, on n'était pas très, très heureux de voir que le ministre des Finances avait entré le mot «maximum» du supplément de revenu garanti. Je pense que toute personne qui est sur le supplément de revenu garanti devrait avoir la possibilité d'obtenir ses médicaments d'une façon gratuite, et même chose pour les gens à faibles revenus. Je pense qu'on devrait ouvrir davantage vers les gens qui sont à faibles revenus les critères pour obtenir des médicaments gratuits. Juste un exemple, les gens qui reçoivent les régimes de retraite, vous connaissez bien les revenus, ils vont tourner autour de 1 000 \$, 1 200 \$, 1 300 \$ par mois. Alors, s'ils doivent payer 200 \$ par mois, en passant, 25 % à 28 % à payer sur leurs médicaments, alors vous voyez tout de suite le problème avec le logement, etc., ça fait des gens qui sont serrés certainement dans leur capacité de vivre correctement.

Alors, je résume, en terminant, les positions de la FTQ. La FTQ reconnaît que les mesures suggérées vont dans le sens de la mise sur pied d'une véritable politique du médicament. Nous demandons au gouvernement d'interpréter la proposition ministérielle n° 7 dans le sens d'une intégration des soins ambulatoires, y compris les médicaments, dans l'offre globale des soins de santé au Québec qui est publique et gratuite.

Nous demandons au gouvernement d'assurer au comité du médicament les ressources nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Nous demandons aussi de faire rapport, publiquement et annuellement, des activités du comité. Finalement, nous rappelons notre demande passée: de prévoir la présence de représentants des utilisateurs au sein du comité. La même demande s'inscrit à la table de concertation.

La FTQ demande au gouvernement d'interdire la formation directe des professionnels de la santé par les compagnies pharmaceutiques. Ces dernières seraient invitées à diriger les sommes énormes qu'elles consacrent à la formation au financement d'un programme de formation mis sur pied par le comité du médicament.

La FTQ maintient son appui à la présence d'un régime mixte d'assurance médicaments. Nous demandons

aussi au gouvernement de rester vigilant et d'évaluer régulièrement l'impact du maintien de la mixité dans le RGAM pour la population et pour les coûts de la partie publique du régime.

La FTQ demande que le gouvernement québécois mette immédiatement en place des mesures permettant aux personnes à faibles revenus d'avoir un accès gratuit aux médicaments.

La FTQ demande que le gouvernement s'engage à surseoir au dégel des prix des médicaments et à limiter l'augmentation des contributions exigées des assurés, particulièrement pour les plus démunis qui devraient voir leurs contributions au régime diminuer.

La FTQ reconnaît que les décisions sur la politique du médicament doivent tenir compte du développement économique du Québec. Toutefois, cette dualité de mission ne doit pas faire des pressions sur le prix, ce qui mettrait en danger le régime général d'assurance médicaments.

La FTQ demande finalement au gouvernement de reprendre le contrôle en interdisant certaines pratiques et en encadrant plus sérieusement l'industrie pharmaceutique. Voilà, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Roy. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Roy et M. Bellemare, pour votre visite aujourd'hui. Votre suggestion est d'ailleurs une suggestion qu'on a entendue avec d'autres groupes, d'inclure des représentants des utilisateurs ou des citoyens dans le Conseil du médicament et sur la table de concertation. Quelles seraient vos suggestions quant à la façon de sélectionner ou de déterminer quelles seraient ces personnes? Plusieurs — je termine là-dessus, M. le Président — plusieurs personnes s'intitulent comme porteurs de l'intérêt général de la population, mais sans nécessairement pouvoir le justifier. Comment est-ce qu'on ferait pour trouver des gens qui représentent véritablement l'utilisateur de médicaments ou le citoyen, en général?

Le Président (M. Copeman): M. Bellemare.

M. Bellemare (Réjean): Je crois que, dans d'autres situations, le gouvernement s'est donné des processus pour trouver des représentants des usagers. On n'a qu'à penser à la Régie des rentes, où on retrouve des représentants des usagers au conseil d'administration. Ça se fait en consultation avec les partenaires, et il y a moyen d'avoir soit un consensus ou du moins d'établir, avec les partenaires, des personnes qui pourraient jouer ce rôle. Je pense, entre autres, à des gens, par exemple, comme Marie Pelchat de la coalition, qui connaît très bien son dossier, qui pourrait représenter les usagers, et on peut en trouver d'autres, sûrement.

M. Couillard: Oui, parce que, par exemple, si on prend le Conseil du médicament, que vous souhaitez voir demeurer, c'est un instrument majeur de contrôle, hein, le Conseil du médicament, également d'utilisation optimale en même temps, les deux étant liés. Et ce n'est pas que des experts désincarnés qu'il y a là, il y a des gens qui sont en pratique clinique, il y a un éthicien, et effectivement la représentation de la population

me paraîtrait bien intéressante, oui. On pourra s'inspirer donc de ce qui existe dans les autres organismes gouvernementaux.

Maintenant, là, vous vous démarquez un peu de vos collègues des deux grandes autres centrales sur le plan de la mixité du régime. Vous souhaitez voir maintenue la mixité privé-public. Je pense qu'il y aurait avantage, pour nous éclairer, à ce que vous repreniez un peu cet argumentaire. Quels sont les avantages que le régime actuel comporte, et à l'inverse quels seraient les avantages que nous pourrions perdre en le transformant en un régime entièrement public?

M. Roy (René): Bien, je vais commencer, ensuite je vais vous laisser à Réjean, lui parler, mais le premier de tout, c'est le contrôle un peu du système, à toutes fins pratiques, c'est le premier de tout, là, la possibilité... En tout cas, ce qu'on voit à l'extérieur... On sait que nos régimes de retraite privés, nos régimes de retraite dans lesquels on négocie... Par exemple, on voit, à un moment donné, des coûts nous échapper, des coûts de médicaments qui peuvent devenir drôlement plus élevés s'il n'y a aucun contrôle qui est dessus. Je prenais un exemple peut-être qui va vous faire sourire, mais on a rentré, à un moment donné, dans des régimes de médicaments, le Viagra, et pour s'apercevoir qu'à un moment donné il se faisait un commerce de Viagra. Alors, on a été obligé de limiter, par exemple, dans les négociations, l'utilisation de ce médicament-là.

Il y a plusieurs médicaments de ce sens-là, où est-ce qu'avec les régimes privés d'assurance, directement entre les employeurs puis les travailleurs, on peut contrôler, contrôler la dépense en question. Et, en 1997, on l'a dit: Le coût des médicaments va augmenter, puis vous le dites même dans votre publication, ça augmente d'une façon... même contrôlé, même négocié. Même les Américains veulent avoir notre système parce que vous êtes capables, avec une liste de médicaments, de négocier des prix qui sont bien plus attrayants que les régimes privés un par un. Alors, vous emmenez déjà une bonne partie... le régime public avec le régime privé emmènent déjà une bonne partie de contrôle des coûts de ces médicaments-là.

Alors, c'est surtout sur le contrôle des coûts, sur le contrôle de l'utilisation que pour nous ça devient important d'avoir le régime mixte. Mais en même temps on n'est pas... sur ça, c'est parce qu'on est dans le secteur privé, la FTQ, on est avec beaucoup d'employeurs, on sait que les employeurs doivent payer ça. Et on sait que les employeurs ne sont pas opposés à des régimes complètement publics de médicaments parce que, comme le régime d'assurance maladie, le coût s'en va complètement à la population parce que les compagnies ne paient pas énormément d'impôts au Québec, et ni au Canada non plus, ni aux États-Unis. Alors, si ça s'en va strictement sur les régimes fiscaux, il y a beaucoup de gains pour les entreprises là-dedans, et, nous autres, on ne voulait pas les détacher de leurs obligations de payer. Peut-être que Réjean veut rajouter quelque chose?

Le Président (M. Copeman): M. Bellemare.

M. Bellemare (Réjean): Je dirais différentes choses, la première, c'est au niveau de la négociation.

M. Roy en a parlé, on négocie avec des entreprises et on réussit, par négociation, à transférer des coûts. On avait aussi cette situation-là au niveau des retraités. L'arrivée du régime public nous a, dans certains cas, fait perdre des bénéfices, dans d'autres cas, on a dû les renégocier à la dernière minute. On ne veut pas revivre une expérience semblable dans le privé. Nos gens sont habitués de négocier ces régimes-là, ils veulent continuer à pouvoir transférer le coût aux employeurs. M. Roy mentionnait que les employeurs, ça devient... si ce serait un régime public, ce serait difficilement transférable, en termes de taxes à l'employeur, pour subventionner ce régime public là. Donc, le coût risquerait de revenir aux travailleurs.

J'aurais dû commencer en disant que ce n'est pas une affirmation en faveur de la privatisation du régime de la santé, c'est même le contraire, on n'est pas du tout d'accord avec la privatisation. On vit avec la situation actuelle où il y a un régime mixte, où il y a une industrie de l'assurance qui est québécoise, qui utilise une partie de ces primes-là pour couvrir ses coûts de fonctionnement. Et, si on leur enlève ce revenu-là, elles ne seront peut-être plus compétitives avec les compagnies canadiennes qui, dans d'autres provinces, n'ont pas les mêmes contraintes, donc peuvent, à partir des primes, charger, réduire leurs frais fixes et réussir à compétitionner les entreprises québécoises. On est dans le même marché, donc il faut voir et évaluer cet impact-là sur l'industrie.

Et ce qu'on perdrait dans un régime universel... C'est clair qu'on aurait un partage de l'expérience, on aurait probablement une économie d'administration, il ne coûtera pas énormément plus cher d'intégrer ces gens-là dans le système. Mais on préfère encore qu'on regarde des choses comme justement ce partage de l'expérience, là, est-ce que ça peut se faire à travers ces régimes-là. Pour diriger les régimes privés, il y a moyen de le faire, le gouvernement l'a fait en instaurant le régime public, en indiquant les maximums qu'un assuré pouvait payer, etc. Donc, il y a moyen de diriger même le format du régime privé, même lorsqu'on a un régime public, c'est d'ailleurs pour ça qu'on parle d'un régime général d'assurance avec une partie privée, une partie publique.

● (16 h 40) ●

Donc, on n'est pas sûrs des pour et des contre, on veut s'assurer que ce régime privé là ne vient pas nuire ou menacer l'existence du régime public. Si vous nous donnez le choix entre les deux, on est clairement pour le régime public, sauf que, dans la situation actuelle, avant de changer, il faudrait faire des études plus poussées sur l'impact du changement.

M. Couillard: Il y a un point intéressant qui a été soulevé ce matin, lorsqu'on compare les différents régimes privés qui sont offerts par les divers employeurs, ils ne sont pas tous les mêmes. Ce que la Loi d'assurance médicaments dit, c'est «seuil minimal», vous devez au moins offrir la liste du régime puis vous devez au moins suivre les contributions maximales que, nous, on fixe pour le régime public. Maintenant, on sait, par exemple, qu'il y a des employeurs qui offrent plus que ce qu'il y a dans la liste du régime général d'assurance médicaments, puis là-dessus je m'interroge parce que le critère principal qui mène à la constitution de la liste, c'est la valeur thérapeutique. Donc, par définition, tous les médicaments qui sont sur la liste ont une valeur thérapeutique

démontrée objectivement, selon l'évaluation du Conseil des médicaments. Donc, un régime qui offre plus que ça n'est pas forcément, ou forcément, ou automatiquement une valeur ajoutée pour le travailleur ou pour le client, là. Quelle est la tendance? Est-ce que les régimes privés ont tendance à se rapprocher de la liste du régime général d'assurance médicaments ou à offrir plus, donc à inscrire des médicaments qui n'ont pas fait l'objet d'une validation ou d'une évaluation de la valeur thérapeutique?

M. Roy (René): Je dirais que la tendance est de s'approcher de la liste, de la liste gouvernementale de plus en plus parce que, pour les employeurs, c'est rassurant aussi, puis les travailleurs aussi, c'est rassurant, parce que les médicaments... Mais il y a certains médicaments qui sans doute ne sont pas offerts, qui sont des fois pour des maladies ciblées qui peuvent être industrielles, même, à certains endroits, qui peuvent faire une différence entre le régime privé et le régime public.

Mais l'autre chose aussi, tout à l'heure, que je voulais rajouter: si une compagnie décide, et ça, je pense que le gouvernement devrait regarder comme il faut... s'ils décident de sortir du régime mixte, c'est parce que l'employeur a fait des pressions sur les travailleurs pour sortir de là, pour s'éliminer des coûts. Lorsqu'il met fin à son régime privé d'assurance, on sait très bien, nous autres, qu'il est pris pour payer les primes. Alors, s'il réussit à éliminer son régime d'assurance privé, c'est qu'il réussit à renvoyer des coûts vers les travailleurs et vers le gouvernement. Alors, il devrait être, d'après nous, minimalement forcé de maintenir le coût de ses primes, en tout cas, au régime public d'une façon quelconque.

M. Couillard: Oui, c'est une suggestion intéressante. De la façon dont je comprends la chose, puis vous êtes en contact quotidien avec ces contrats-là, vous en savez plus long que nous là-dessus, ce que la loi dit, c'est que, si vous voulez avoir la possibilité d'offrir un contrat d'invalidité, par exemple, vous devez obligatoirement offrir un contrat de médicaments. Donc, est-ce que je comprends que, si un employeur décide de ne plus offrir de contrat de médicaments, il perd également la possibilité d'offrir d'autres avantages style invalidité. Est-ce que c'est ça, la situation?

M. Roy (René): Oui. Oui. Mais on peut avoir un régime d'assurance qui est cassé aussi. On peut avoir un régime d'assurance qui est ciblé vers le régime d'invalidité. On n'est pas obligé d'avoir le régime d'assurance qui comprend tout. On peut avoir les soins dentaires sans avoir les médicaments. On peut avoir le régime d'invalidité et l'assurance salaire sans avoir les médicaments. Ça dépend des régimes dans lesquels on doit opérer.

M. Couillard: Mais, là, ça devient des avantages sociaux. Ce n'est plus des contrats d'assurance vraiment, là.

M. Roy (René): Ça devient des coûts des avantages sociaux puis des compagnies d'assurance, le jeu des compagnies d'assurance.

M. Couillard: Vous avez parlé de la formation continue, de la formation des professionnels, et je sais... Parce que, nous également, on a une suggestion pour la

formation d'un fonds d'éducation médicale à distance, mais dont le financement est mixte. Mais, vous, ce que vous nous dites, je crois, là, c'est que le financement devrait être entièrement assumé par l'industrie, c'est ce que vous...

M. Bellemare (Réjean): Écoutez, on le suggère effectivement. Si l'industrie a assez d'argent pour se promener, c'est rarement... Je vais de temps en temps chez le médecin à cause du cholestérol, et c'est rare que je ne suis pas assis là et qu'il ne passe pas quelqu'un d'une compagnie d'assurance. On attend tellement longtemps qu'on a le temps de les voir passer, et ils passent avant nous, d'ailleurs. Et ils ont tellement d'argent qui se passe en marketing, en formation de toute sorte, et là je parlais juste de ce qui est acceptable, on ne parle même pas des voyages aux Bermudes, etc., que, oui, il y a assez d'argent là pour faire un bon bout.

Et, si on revient à la question précédente, les régimes d'assurance privés qui offrent d'autres types de médicaments, un régime d'assurance privé ou public ne peut pas prescrire de médicaments, donc c'est les médecins. Si les médecins le prescrivent, c'est à eux à évaluer si c'est des médicaments participants ou pas, et donc on revient à la question de base de la formation des professionnels. Et je pense qu'il pourrait y avoir un financement public. On pense qu'avec le financement privé bien dirigé on aurait déjà une bonne chose de faite. Et, en confiant ça au comité du médicament, on serait aussi sur la bonne voie.

M. Roy (René): Mais c'est surtout, M. le ministre, c'est surtout l'indépendance, l'indépendance de promotion, là, qui nous préoccupe là-dedans.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Je comprends qu'il n'y a plus de questions de votre côté? C'est ça. Alors, je cède la parole à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue, M. Roy, M. Bellemare, au nom de l'opposition officielle. Le régime d'assistance maladie — en fait, on l'appelle plutôt régime d'assurance maladie du Québec — est financé par une contribution des employeurs. C'est une contribution à vocation universelle, là. C'est 1,8 %, hein, qui est versé au fonds consolidé. Alors, c'est donc dire qu'il pourrait y avoir — le régime d'assurance maladie en est un exemple — une contribution d'employeurs tout en ayant aussi l'addition de crédits votés par l'Assemblée à même les impôts versés par les Québécois individuellement ou de leur entreprise. Parce que présentement, de toute façon, votre recommandation, elle est quand même ouverte, hein? Elle dit: Oui, un système mixte, mais il faut continuer d'être vigilant puis il faut continuer d'étudier ça attentivement, hein? C'est ce que je retiens, je crois, hein, de votre recommandation.

M. Roy (René): Oui. C'est ça. Oui.

Mme Harel: Présentement, les travailleurs et travailleuses quand même paient, sur les primes, une taxe de 11 %. Un peu plus, 11,3 %. Et puis la contribution de

l'employeur, elle leur est imposable. Elle est ajoutée à leurs revenus, et ils paient de l'impôt sur la contribution de l'employeur. Alors, c'est quand même actuellement une contribution soit avec la taxe sur les primes ou encore... et aussi — pas ou mais et également — sur l'impôt qu'ils paient. Ce sont les travailleurs qui la paient essentiellement.

M. Roy (René): Oui. Tout à fait, oui. Oui, bien, ça, on n'était pas venu ici pour parler du système fiscal, mais la double imposition... parce que la taxe — de 11,5 %, je pense qu'elle est? — elle devient imposable. Alors, le travailleur se trouve à payer deux fois, là. Il se fait imposer une taxe qu'il paie au gouvernement. Alors, il paie de l'impôt sur une taxe. On l'a dénoncé à bien d'autres endroits, mais on peut le dénoncer ici, aujourd'hui.

Mme Harel: Non. C'est surtout la question de savoir qui contribue dans les régimes privés. Vous disiez tantôt: C'est une manière de maintenir la contribution de l'employeur, qu'il y a un régime mixte. Mais l'employeur peut aussi — puis d'autres régimes en sont les témoins, en fait — l'employeur peut aussi contribuer — le régime d'assurance maladie en est un exemple — d'une autre manière que par des primes. Ça peut être un pourcentage.

M. Roy (René): Vous avez tout à fait raison là-dessus. Il peut y avoir une autre manière de le financer, l'assurance maladie en est une. Mais, nous, on réalise que... on ne réalise pas, mais, dans ce qu'on voit entre ce que ça coûte au Québec et ce que ça coûte aux États-Unis, par exemple, pour les régimes de soins de maladie, l'assurance maladie, là, les employeurs sont nettement avantagés au Québec, là.

Mme Harel: Dans le fond, on appelle ça une taxe sur la masse salariale, mais ce sont des avantages sociaux contre des risques, hein? Ça peut être le risque de la maladie, de l'invalidité, mais le risque, ça peut être le congé de maternité. Ou bien on les couvre individuellement chacun pour soi, ou on les couvre suite à des négociations — vous donniez l'exemple des États-Unis, où ça coûte extrêmement cher aux employeurs — ou on les couvre à vocation universelle, comme l'assurance automobile, comme on s'apprête à le faire pour le congé parental. Donc, c'est un choix de société, comme vous mentionnez dans votre mémoire, je crois.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Roy ou M. Bellemare? M. Roy? M. Roy. Ça va être M. Bellemare.

M. Bellemare (Réjean): Je dirais deux choses. Vous avez raison, on le mentionne: Il faut vérifier ça, etc. On donnait cet argument-là, et un des arguments — et on en avait discuté aussi: ça nous coûte un peu plus cher, on le sait. On est d'accord avec ça. Et un des gains qu'on y a... On n'est pas dans une société présentement — et personnellement j'aimerais mieux qu'on y soit — où on instaure des nouveaux régimes de protection sociale. On est plutôt en mode coupure, etc. On a mentionné tantôt que beaucoup de nos régimes d'assurance médicaments, dans le secteur privé et même dans le secteur public, donnent des fois plus que le régime minimum. Donc, on a un intérêt, en payant un petit peu plus, à garder un contrôle et s'assurer de pouvoir

négoier ce bénéfice-là selon les volontés de nos membres, qui sont différentes d'un milieu à l'autre. Ça, c'est l'avantage qu'on y gagne.

● (16 h 50) ●

Est-ce qu'on paie trop cher? Je ne peux pas vraiment vous le dire, d'où on parle d'une étude. Est-ce qu'on est en situation pour augmenter la masse salariale de tous les employeurs pour offrir un régime d'assurance médicaments couvert par tous au-delà du minimum ou à ce minimum-là? Probablement, parce que, comme M. Roy le disait, aux États-Unis, ils paient des fois plus cher que ça pour l'avoir.

Donc, de ce côté-là, oui, ça peut se ressembler. Il nous reste quand même l'industrie de l'assurance à regarder. Donc, malgré tout, on pense que tous les arguments ne sont pas là pour prôner le changement de régime à l'heure actuelle.

Mme Harel: En fait, même la centrale qui vous précédait disait: Il nous faudrait des études. Alors, eux, ils étaient, disons, en principe oui, mais. Vous, vous êtes en principe non, mais. En fait, ça revient à dire qu'il faut maintenir une vigilance constante sur ces questions-là. Parce que dans le fond la vraie question en ce qui concerne les régimes de convention collective que vous négociez, c'est: Les avantages valent-ils la peine eu égard aux coûts qui sont démesurés, presque hors contrôle, dans les régimes privés?

M. Roy (René): Bien, vous avez un point, oui. Là-dessus, on est d'accord sur cette approche-là, mais il reste qu'à un moment donné on est capable d'avoir un contrôle certain des dépenses des régimes, des avantages sociaux. Maintenant, si vous voulez nous parler d'un autre système, de le financer, on l'avait discuté. Vous étiez au gouvernement à l'époque. On a eu des échanges assez musclés. Nous, on avait des craintes à l'effet qu'on échapperait le coût de tout ce régime-là des médicaments. On avait des craintes là-dessus, et ces craintes-là, d'après nous sont encore fondées lorsqu'on voit aller le coût, l'augmentation des coûts des médicaments. Alors, à un moment donné, avec l'industrie privée, le régime de négociation, on réussit.

Maintenant, maintenant, si vous nous enlevez le coût des médicaments sur les impôts, ce serait une bonne nouvelle après-midi. Vous savez, ça baisserait nos coûts, parce que l'employeur nous paie, par exemple, une valeur de 5 000 \$ d'avantages sociaux, ils embarquent directement sur le chèque de paie. Ça veut dire que le travailleur va payer 2 000 \$, là. Vous avez raison quand vous faites cette approche, là, vous avez raison. On paie à quelque part, on paie toujours de toute façon.

Mme Harel: Oui. Et toujours la question, c'est de savoir qui, et qui va payer, qui va en être bénéficiaire. Et finalement, en regard de ce que vous disiez, ce sont les régimes privés qui ont connu la hausse des coûts la plus importante comparativement au régime public.

M. Roy (René): Bien, dans la partie publique, comme je le disais tout à l'heure, le mélange, la mixité des deux a fait en sorte que le gouvernement, avec une immense liste et une capacité de négociation, un gel des médicaments, a aidé énormément. Peut-être que maintenant

vous avez raison, peut-être que, si on regardait, si on regardait les études que... quelqu'un en parlait plus tôt, vous le disiez, peut-être que, si on regardait l'ensemble de l'animal, peut-être qu'il serait différent aujourd'hui, peut-être qu'on l'approcherait différemment.

M. Bellemare (Réjean): Une chose qu'on avait mentionnée...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Un instant, s'il vous plaît! M. Bellemare, oui.

M. Bellemare (Réjean): Une chose qu'on avait mentionnée, en 2002, et qu'on n'a pas reprise ce coup-ci: le régime public a un avantage sur le régime privé en termes de pouvoir d'achat. Le gouvernement pourrait aussi jouer de son rôle pour réduire ces coûts-là en utilisant son pouvoir d'achat, y compris pour les régimes publics, puisque la distribution des médicaments, au Québec, se fait par la pharmacie, donc il y a moyen de travailler ce dossier-là aussi.

Mme Harel: Je vous remercie. Vous avez bien résumé, dans votre mémoire, là, la position que vous avez sur tous les aspects, là, de ce projet de politique du médicament. Et un aspect qui revient, là, dans le mémoire, c'est l'interprétation à donner à ce que vous appelez avec raison la proposition ministérielle n° 7, là, celle qui en fait concerne les personnes qui vont se faire soigner puis qui apportent leurs médicaments. Alors, vous, ce que vous demandez, c'est d'interpréter la proposition dans le sens d'une intégration des soins ambulatoires, y compris les médicaments, dans l'offre globale des soins de santé au Québec, qui est publique et gratuite. C'est ça, votre approche.

La proposition ministérielle n° 7 est plutôt dans le sens contraire, c'est-à-dire permettre actuellement ce qui se fait, mais pas partout, hein? Par exemple, moi, je connais des patients qui me disent: Si je vais à tel l'hôpital, mes médicaments sont gratuits, mais, si je vais à tel autre hôpital, mes médicaments ne le sont pas. Mais tout ça, dans le fond, oblige quand même... Le ministre dit: On va uniformiser ça, ça va être tout le monde égal, c'est-à-dire tout le monde dans la malchance. Il va falloir apporter vos médicaments et permettre à l'hôpital, sous certaines conditions, de vous soigner avec les médicaments que vous apportez. Les pharmaciens et pharmaciennes d'établissement sont venus nous dire que ça pouvait créer beaucoup, beaucoup, beaucoup de problèmes à l'hôpital d'administrer des médicaments qui ne viennent pas de l'hôpital, avec des suivis, que ça pouvait être très, très, très compliqué.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Bellemare.

M. Bellemare (Réjean): Si vous permettez. On a parlé d'interpréter la proposition n° 7 parce que c'était une de celles qui nous semblaient la moins claire. On parle de «médicament acquis en milieu communautaire». On fait aussi partie de la coalition, même si on n'a pas la même position sur certains points, et la première question qu'on a eu à se poser: À quoi on faisait référence par «acquis en milieu communautaire», jusqu'à temps qu'on

s'entende que c'était probablement la pharmacie du coin. Donc, ce n'était pas très clair.

Notre position... De dire qu'on peut donner ces médicaments-là en milieu hospitalier, ça semble correct, ça. La question, c'est: Si en même temps qu'on fait ça, on transfère la facture aux participants... aux malades, excusez-moi, là on a un problème. Le virage ambulatoire, à notre point de vue, est une bonne chose, permet aux gens d'être moins longtemps hospitalisés, plus en milieu familial, c'est une bonne chose, mais, si tout ça se fait au coût du malade, on a un problème.

Donc, on a tenté d'interpréter la position 7 et de lui donner un autre sens en disant: Oui, il semblerait qu'il y a des problèmes administratifs qui empêchent l'administration de médicaments dans les hôpitaux, on va régler ça. Mais en même temps nulle part on ne parlait de la facture, mais en même temps, nous, on voulait insister que ce n'était pas un transfert de facture. Il y a des situations qui existent déjà, certaines maladies sont couvertes, d'autres ne le sont pas, selon la politique du *Malades sur pied*, si je me souviens bien de son nom. D'autres maladies peuvent être traitées de cette façon-là dans l'avenir. On voulait avoir une position claire à ce niveau-là, donc on a donné notre orientation de ce que devrait être la position. Mais effectivement ce n'est pas ce qui est écrit à la position 7.

M. Roy (René): Puis, sur la liste des établissements, on est d'accord avec vous. On n'a pas une vaste expérience de ça parce qu'on n'a pas de travailleuse ou travailleur là-dedans, mais on n'a pas voulu en parler tellement parce qu'on n'a pas tellement d'expérience, mais on a entendu les mêmes choses, vous savez. Un hôpital est capable d'offrir tel médicament, l'autre hôpital n'est pas capable de l'offrir, hein? C'est sûrement quelque chose d'un peu délicat pour la personne qui est malade.

Mme Harel: Je vous remercie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. Roy, M. Bellemare. Merci de votre participation.

J'invite désormais les représentants de l'Institut économique de Montréal de bien vouloir prendre place à la table, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, nous poursuivons les travaux. M. Petkantchin, qui est directeur de la recherche de l'Institut économique de Montréal, et M. Patrick Leblanc, directeur des communications, bienvenue. Vous connaissez les règles de cette commission. Vous avez 20 minutes pour présenter l'essentiel de votre mémoire. Suivront des périodes d'échange avec vous. Alors, vous êtes les très bienvenus, nous vous écoutons.

Institut économique de Montréal (IEDM)

M. Leblanc (Patrick): Alors, bonjour, M. le ministre, MM., Mmes les députés. Merci d'abord de nous avoir invités à présenter notre point de vue aujourd'hui. Le président de l'Institut économique de Montréal, Michel Kelly-Gagnon, et également le président de notre conseil

d'administration, Adrien Pouliot, vous transmettent également leurs remerciements pour l'invitation. Ce n'est pas par manque d'intérêt qu'ils ne sont pas ici aujourd'hui, tout au contraire.

● (17 heures) ●

Vous savez que l'Institut économique de Montréal, qui existe depuis cinq ans, s'intéresse activement aux questions et à l'avenir du système de santé depuis le tout début de ses opérations. Alors, on a utilisé tous les volets de nos activités justement pour faire avancer certaines idées, certains dossiers: on a publié régulièrement des études où sont produites des publications; on a tenu des conférences publiques, entre autres, l'an dernier, avec le fondateur du régime d'assurance maladie du Québec, Claude Castonguay; on produit aussi ou on commande assez régulièrement des sondages d'opinion publique, le plus récent est sorti la semaine dernière et a fait la une du *National Post*; et aussi, bien entendu, comme aujourd'hui, on a participé aux grandes consultations publiques sur l'avenir du système de santé québécois et canadien, que ce soit la commission Clair, en 2000, la commission Romanow au fédéral, en 2002.

Dans le dossier plus spécifique des médicaments, on a tenu récemment, donc le mois dernier, cette année, un débat sur la valeur des nouveaux médicaments et on a aussi, l'an dernier, consacré deux publications aux médicaments, une publication sur l'impact du contrôle des prix des médicaments sur l'innovation pharmaceutique et une deuxième sur la meilleure façon d'établir la valeur des nouveaux médicaments. Alors, comme on l'a indiqué dans le mémoire qu'on a déposé à la commission, notre mémoire se base essentiellement sur ces deux publications-là. Et je vais laisser mon collègue Valentin Petkantchin, notre directeur de la recherche, vous faire part de ses conclusions.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, M. Petkantchin, s'il vous plaît.

M. Petkantchin (Valentin): Bonjour, M. le Président. Bon. Avant de parler de notre mémoire que nous avons déposé, il y a quelques mois, j'aimerais dire qu'évidemment toute politique du médicament, quelle qu'elle soit, a des répercussions multiples aussi bien sur la vie des gens que sur l'économie. Elle a bien sûr un impact sur la santé de la population, mais elle affecte aussi indiscutablement le dynamisme de l'industrie pharmaceutique bien présente par ailleurs au Québec. Et à ce sujet je voudrais dire que M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, ici présent, a eu parfaitement raison de tenir compte de cette double réalité dans son document de consultation.

Avec le dépôt de notre mémoire, nous voulons apporter des éléments d'information et de réflexion, dans le débat actuel, sur deux points. D'une part, nous attirons l'attention sur les contrôles des prix des médicaments au Canada. Ces contrôles, M. le Président, ont des conséquences néfastes pour l'innovation pharmaceutique et pour l'ensemble de l'économie du Québec. En effet, rappelons qu'au Canada les médicaments brevetés sont sujets à un double contrôle par un pouvoir public. D'une part, lors de leur lancement, les prix sont fixés au niveau fédéral par l'entremise du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Ensuite, au niveau provincial, le

gouvernement du Québec impose, depuis 1994, une politique de gel des prix. De ces deux contrôles, il résulte des prix artificiellement bas des médicaments brevetés, et ce, quels que soient les indicateurs. Comme nous l'avons montré dans notre mémoire, à l'exception de l'année 2002, les prix canadiens ont été inférieurs aux prix internationaux. Depuis le dépôt de notre mémoire, les chiffres de 2003 ont été rendus publics, et je vous confirme que l'écart entre les prix canadiens et ceux dans les autres pays s'est à nouveau creusé. De même, le gel des prix signifie en fait que les prix réels, c'est-à-dire après prise en compte de l'inflation, ont baissé en fait tout au long de ces années. Les nouvelles données là aussi le confirment: en 2003, la baisse a été de près de 4 %.

Ce point est important, M. le Président, car cela signifie qu'alors qu'on consomme de plus en plus de médicaments, qu'on attend de nouveaux traitements pour plein de sortes de maladies graves, on est en train de rendre l'innovation pharmaceutique de plus en plus difficile et de détruire en fait les incitations à investir en R-D. Et les résultats malheureusement sont là. Depuis 1997, la part des investissements, par rapport aux recettes des ventes au Canada, marque une baisse nette. Là encore, les derniers chiffres montrent que ce ralentissement s'est aggravé davantage en 2003. Et en fait on est revenu à des niveaux des années 1992-1993, c'est-à-dire il y a plus de 10 ans en arrière.

Ainsi, le Canada semble suivre la même voie que l'Europe, où l'on observe un déclin notable de la recherche-développement pharmaceutique. Et le même phénomène menace surtout le Québec, où se trouve la plus grande partie, la plus grande concentration de R-D dans le domaine pharmaceutique au Canada, soit plus de 42 % des dépenses canadiennes totales en 2003. Et ce déclin risque d'avoir des conséquences et des coûts pour tout le tissu économique québécois. Ces coûts incluent notamment la perte d'emplois hautement qualifiés, de centres de recherche corporatifs, des emplois non créés dans les industries de biens et de services sous-traitantes et associées à la R-D, des traitements de santé moins performants, etc. Selon une étude, pour le Canada, il y aurait une perte nette, c'est-à-dire après prise en compte des économies réalisées par le régime public d'assurance médicaments grâce au contrôle des prix, de plus de 1 milliard de dollars par an à cause des opportunités ratées. À l'évidence, M. le Président, ces contrôles sont à l'origine de pertes pour l'ensemble de l'économie du Québec. De plus, ils ne sont d'aucune utilité pour maîtriser les dépenses en médicaments, comme le souligne d'ailleurs le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Le deuxième point, sur lequel nous voulons apporter des éléments de réflexion, concerne le débat autour des coûts des nouveaux médicaments et de leur valeur ajoutée. En effet, il y a de plus en plus de monde qui s'oppose aux nouveaux médicaments en prétendant que les coûts de leur mise au point seraient beaucoup moins élevés que nous le présente l'industrie pharmaceutique. Selon cette opinion aussi, à l'exception de quelques produits réellement innovants, la plupart des autres médicaments brevetés seraient des médicaments copie, des duplications de médicaments déjà existants et donc sans valeur ajoutée. Par conséquent, avec la volonté de mieux gérer les budgets qu'ont les pouvoirs publics aujourd'hui, on risque fort de rendre l'inscription de la plupart de ces

nouveaux médicaments sur la liste encore plus sélective et plus restreinte.

Cependant, comme nous le soulignons dans notre document, certains arguments cruciaux sont ignorés par ces opposants aux nouveaux médicaments. Tout le monde semble d'accord sur la valeur des traitements réellement innovants et révolutionnaires qui améliorent la vie des gens et sauvent des millions de dollars au système de santé en évitant des chirurgies, en évitant des séjours à l'hôpital, des consultations à répétition chez un spécialiste, etc.

Mais, M. le Président, permettez-moi d'insister là-dessus, même les médicaments copie peuvent présenter des avantages thérapeutiques et économiques qu'il ne faut pas négliger. D'un point de vue médical, les copies permettent de constituer une classe thérapeutique qui est mieux que l'existence d'un seul médicament pionnier. En cas de retrait de ce dernier ou en cas d'un traitement défaillant, les médecins sont en mesure de le remplacer par un autre de la même classe. De plus, chaque patient réagit différemment aux médicaments, et, face à cela, les médicaments pionniers peuvent facilement être améliorés. On améliore, par exemple, leur forme, leur dosage ou leur mode d'administration. Cette variété, combinée avec l'existence de différentes substances actives pour la même maladie, permet de véritablement personnaliser le traitement.

Mais les copies ont aussi des avantages économiques. Les améliorations graduelles peuvent correspondre en réalité à des améliorations importantes de bien-être pour les patients. Avec la nouvelle version d'un médicament existant, vous pouvez, par exemple, avoir moins d'effets secondaires, mieux gérer la douleur, etc. Bref, vous êtes en mesure de retourner plus rapidement au travail. Mais que faire si cette nouvelle version, qui coûte autant que l'ancienne ou à peu près, n'est pas inscrite sur la liste, donc n'est pas remboursée? Vous conviendrez, M. le Président, que là on se prive non seulement de plus de bien-être personnel, mais aussi d'une meilleure efficacité économique.

● (17 h 10) ●

Dans un autre ordre d'idées, les médicaments copies proposent aussi plus de choix et intensifient la concurrence. La plupart du temps, ils sont introduits à des prix inférieurs pour gagner des parts de marché aux dépens des produits semblables déjà existants. Donc, toute politique du médicament qui limiterait artificiellement la commercialisation des copies aurait pour effet pervers de priver les Québécois d'un choix plus large de substances médicamenteuses et d'augmenter davantage les risques financiers dans l'industrie.

Faut-il le rappeler, M. le Président, même si le conseil est constitué de médecins, de pharmaciens et d'experts en économie de la santé, leurs décisions ne peuvent jamais remplacer ni refléter pleinement l'opinion médicale de tous les professionnels de la santé ni les choix économiques de l'ensemble des patients. Il lui est en fait impossible de déterminer scientifiquement tous les bénéfices que retirent les patients et donc il lui est impossible de déterminer la valeur réelle des nouveaux médicaments. Même le Dr Joel Lexchin, un critique pourtant bien connu de l'industrie pharmaceutique, a reconnu, la semaine dernière, dans les médias, à propos de l'évaluation des nouveaux médicaments, que — je le

cite — ce n'est pas une science exacte; «this is not an exact science».

En guise de conclusion, je dirais que les médicaments sont devenus un élément incontournable dans notre système de santé. Mais, afin d'en tirer pleinement les bénéfices, il est primordial que l'innovation pharmaceutique se poursuive et que les patients aient un accès aux nouveaux médicaments, qu'ils soient des médicaments pionniers ou des médicaments copies. Il faut cesser de considérer les dépenses en médicaments simplement comme un coût budgétaire, alors qu'ils sont en réalité un investissement permettant aux Québécois de retrouver plus rapidement et plus efficacement leur santé. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, messieurs, pour votre présentation. Effectivement, on essaie de faire l'équilibre entre le versant économique et le versant santé, accessibilité. Il ne faut pas non plus rompre l'équilibre d'un côté ou de l'autre. C'est important de le mentionner.

La première partie de votre présentation s'attachait à la question des prix au Canada, des prix des médicaments, vous dites que le prix est inférieur au Canada qu'ailleurs. Si je suis un citoyen puis j'écoute ça, je dis: Voilà une bonne nouvelle. Vous, vous ne semblez pas considérer que c'est une bonne nouvelle. Expliquez-nous pourquoi ce n'est pas une bonne nouvelle, que les prix soient inférieurs au Canada qu'ailleurs.

M. Petkantchin (Valentin): Alors, il y a une raison principale, c'est que les prix sont artificiellement bas. Et, même si à court terme il peut y avoir un effet de bénéfices pour les gens, pour les patients au Canada, bien, à moyen et à long terme il y aura moins d'investissements, donc il y aura des pertes économiques pour toute l'économie du Québec et puis il y aura moins d'innovation au Canada. Ce qui implique que les nouveaux médicaments, s'ils sont découverts ailleurs dans le monde, bien ils seront inscrits et homologués au Canada de manière beaucoup plus tardive. Donc, en bout de ligne, si on regarde à moyen et à long terme, il n'y a pas de raison à ce que les patients bénéficient de ces prix bas, et tout au contraire ça risque de causer des pertes pour l'ensemble de l'économie.

M. Couillard: Donc, ce que vous nous dites en fait, c'est que ce contrôle des prix qui est fait au Canada et au Québec se traduit en des coûts pour l'économie qui dépassent les économies dans le cadre même du régime d'assurance médicaments. Mais, pour le Québec, est-ce que vous avez des exemples concrets à nous fournir là-dessus? Parce qu'on est une des provinces certainement les plus... sinon la plus généreuse en termes d'inscription de nouveaux médicaments à la liste et autres avantages à l'industrie qui viennent d'ailleurs, dans les interventions précédentes, d'être critiqués. Est-ce que vous avez des exemples pour le Québec de conséquences négatives en termes de déplacement de sièges sociaux, de centres de recherche, pertes d'emploi, etc.?

M. Petkantchin (Valentin): Bien, écoutez, du même type d'étude dont j'ai parlé dans notre mémoire, malheureusement il n'y a pas d'études sur le Québec. Et puis la dernière étude qui a été faite, en 2004, ça concernait l'ensemble du Canada. Donc, pour le Québec, je n'ai pas de type de données du même ordre. Mais ce qui est quand même étonnant, quand on regarde les documents du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, c'est qu'en 2003 on remarque une baisse, même en termes absolus, donc des dépenses en recherche et développement de l'ordre de 5 ou 6 millions, ce qui est, en regardant les chiffres, bien la première fois qu'en termes absolus donc les dépenses sont inférieures par rapport à l'année précédente. Et, si on regarde encore une fois, donc, le ratio, qui est quand même le critère le plus couramment utilisé pour mesurer donc le niveau de dépenses en R-D, quand on regarde le ratio donc des investissements en recherche et développement par rapport aux recettes des ventes de médicaments, ce taux a baissé vraiment de manière très spectaculaire au Canada et puis aussi au Québec, où il reste quand même encore pour l'instant beaucoup plus élevé que dans les autres provinces.

M. Couillard: Pour ce qui est de l'inscription à la liste des médicaments, je vais exprimer très clairement qu'il est certain que le résultat final de cet exercice de consultation et la politique du médicament qui sera éventuellement adoptée par le gouvernement ne visera et n'amènera en rien un affaiblissement des procédures d'inscription et d'examen par le Conseil du médicament. Ça, je pense qu'il faut être très, très clair et transparent sur cette question. Alors, si certains groupes de la société pensent nous voir diminuer les contrôles en vertu de l'accès thérapeutique, de la valeur thérapeutique ajoutée ou diminuer la possibilité d'agir du Conseil du médicament sur la base de cette valeur thérapeutique, je pense qu'il faut dire d'emblée que ce n'est pas notre objectif. C'est important que ces éléments restent parce qu'ils sont également... non seulement ils contrôlent quant au régime lui-même, mais quant à la valeur ajoutée réelle des médicaments et l'utilisation optimale.

Vous avez raison, ce n'est pas une science exacte, mais l'opposé est loin d'être une science exacte non plus, parce que c'est quoi, l'alternative, avoir une liste avec des restrictions puis des inscriptions différenciées? Est-ce que ce que vous préconisez, c'est que, dès qu'un nouveau médicament est inventé, il soit automatiquement ajouté sur la liste des médicaments financés par le contribuable?

M. Petkantchin (Valentin): Bien, écoutez, la question effectivement suppose... Tout d'abord, je voudrais dire que, nous, on est là juste pour donner des éléments d'information, donc on n'est pas là pour exprimer une position: s'il faut abolir ou pas la liste, s'il faut la restreindre. Donc, on est là juste pour donner des éléments d'information et puis informer les autorités publiques qu'en fait c'est très difficile de connaître la valeur du médicament en dehors des patients qui l'évaluent et qui sont prêts à défrayer les coûts des médicaments. Donc, le Conseil du médicament, même s'il est constitué donc de spécialistes de renommée, risque peut-être de se tromper dans l'évaluation dans certains cas, ce qui évidemment va avoir des conséquences sur la santé des Québécois qui sont couverts par ce régime.

Alors, je disais, au début, qu'effectivement la question peut se poser quand on regarde l'évolution des coûts pour les assurances privées et puis pour le régime public. Vous-même, dans le document de consultation, estimez, puisque ce sont des chiffres qui sont difficiles à avoir auprès des assurances privées, donc vous mentionnez que l'augmentation a été d'environ 13 % entre 2000 et 2003. Puis, quand on regarde le régime public, en excluant donc les personnes de 65 ans et plus pour justement avoir une population à peu près homogène de ce qu'on a dans le privé, là on s'aperçoit que l'évolution des coûts des médicaments dans le régime public est tout à fait semblable de ce qu'il y a dans le privé. Or, comme ça a été souligné tantôt, dans le privé, vous avez des assurances qui pour la plupart couvrent tous les médicaments commercialisés au Canada. Donc, il n'y a pas de liste. Donc, finalement, avec liste ou sans liste, vous avez à peu près la même évolution des coûts de médicaments. Et il y a une bonne raison à ça: c'est que, s'il s'agit de médicaments copies, bien, si vous avez besoin de médicaments, vous allez prendre le médicament A au lieu de prendre son médicament équivalent, donc vous n'allez pas consommer les deux. Donc, au niveau des coûts, puisque les prix en plus, pour les différentes copies, sont à peu près semblables, bien vous vous retrouvez avec les mêmes évolutions de coûts. Donc, je pense en effet que la question pourrait se poser: Est-ce que, en l'absence de liste, il y aurait une explosion beaucoup plus importante des coûts des médicaments? D'autant plus qu'on le sait, cette explosion est due non pas au prix des médicaments, mais au volume de médicaments qui sont prescrits.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Elles sont en fait dues à une combinaison de facteurs: au volume de médicaments prescrits et aux nouveaux médicaments dans un pourcentage moindre, mais pourcentage qui est quand même significatif, également à ce qu'on appelle le transfert thérapeutique. Lors de la disponibilité d'un médicament nouveau, sans nécessairement qu'il ait une valeur ajoutée par rapport à ce qui existait auparavant, il y a une tendance à transférer le traitement vers le nouveau médicament.

Et je voudrais quand même indiquer encore une fois que le Québec... Et d'ailleurs, vous-mêmes, vous l'aviez souligné dans une de vos publications, vous disiez même «une des listes les plus complètes parmi les provinces canadiennes», et je pense que, là-dessus, en termes de rapidité d'inscription ou d'accueil des médicaments d'innovation, le Québec est loin de faire piètre figure, au contraire.

Mais je pense qu'il n'y a aucun régime d'assurance médicaments, qu'il soit privé ou public, qui peut se passer d'un examen rigoureux de la valeur ajoutée des nouveaux produits. D'ailleurs, les États américains, qui commencent à se doter d'instruments semblables, ont observé une stabilisation des coûts associés aux médicaments et en même temps une utilisation optimale plus répandue, parce que les deux sont foncièrement liées.

• (17 h 20) •

Et évidemment vous dites que vous n'êtes pas là pour nous faire des recommandations, mais la teinte de vos

constatations nous amène à penser que vous favorisez le fait de ne plus avoir de liste, ou une liste minimale, et je pense que je dois vous dire que ce n'est pas l'orientation qui risque d'être retenue parce que la... Vous me dites: Les personnes qui sont les plus habilitées à juger de la valeur ajoutée d'un médicament sont les praticiens, les professionnels et les malades qui les consomment. Mais sur la base de quels critères? Est-ce que les critères sont, d'après vous, objectifs pour faire cette évaluation?

M. Petkantchin (Valentin): Non, mais ce sont... en dernier ressort, ce sont justement les patients qui doivent juger quelle est la valeur d'un médicament, est-ce que ça les soulage puis qu'ils deviennent plus productifs ou pas. C'est sûr évidemment que, dans n'importe quel marché, bien les consommateurs et puis les patients en l'occurrence comparent cela avec les coûts qu'il faut défrayer pour acquérir ce médicament. Donc, la véritable valeur se fait justement par rapport, je dirais, à la satisfaction, au soulagement que va avoir le patient par rapport aux coûts qu'il devrait défrayer pour l'obtenir, puis c'est là-dessus justement que se fait, je dirais, la détermination de la valeur en dernier ressort.

M. Couillard: Mais comment se mesure cette valeur, alors?

M. Petkantchin (Valentin): Elle se mesure tout simplement par la comparaison à l'intérieur justement de chaque patient qui va estimer que, si jamais il y a un médicament qui offre moins d'effets secondaires, bien pour lui ce bénéfice est beaucoup plus important que les 3 \$ qu'il doit déboursier en plus pour l'avoir, c'est aussi simple que ça. Et puis en fait la valeur se détermine par la multitude, les millions de décisions et d'évaluations de ce type qu'il peut y avoir au Québec si jamais un système de ce type existait.

M. Couillard: Donc, à votre avis, l'impression individuelle d'une satisfaction ou d'une amélioration suite à la consommation d'un médicament est supérieure aux études multicentriques, randomisées et validées sur le plan scientifique?

M. Petkantchin (Valentin): Excusez-moi, je n'ai pas saisi votre question.

M. Couillard: C'est parce que j'essaie de voir comment est-ce que vous pensez qu'on pourrait mesurer ça. Vous dites: C'est le patient lui-même qui décide si, oui, ça lui fait du bien ou pas. Essentiellement, c'est ce que vous venez de nous dire, mais ça, ça se mesure, et ça ne se mesure pas sur une personne. Ce n'est pas parce que, moi, je prends un médicament aujourd'hui et je considère que ça me fait du bien que, par définition, ce médicament a une valeur ajoutée. Il faut avoir un grand nombre de patients suivis rigoureusement, comparés avec un groupe témoin, selon des critères bien établis. Ça, ça s'appelle une étude scientifique de haut niveau, dans des circonstances contrôlées et validées par les organismes scientifiques et les publications qui en font l'étude. On ne peut pas se baser sur des anecdotes individuelles pour décider si, oui ou non, un médicament est valable et doit être ajouté à la liste, là.

M. Petkantchin (Valentin): Bien, écoutez, s'il y a un véritable marché de l'assurance, c'est ce qui se passerait, puisque les individus justement choisiraient plutôt une telle prime qu'une autre, et ils la choisiraient justement par rapport aux médicaments qui sont couverts. S'ils veulent avoir plus de couverture, bien ils choisiraient une couverture, je dirais, plus dispendieuse qui couvre beaucoup plus de médicaments. En revanche, s'ils estiment que les médicaments, ou les médicaments copies, ou les médicaments brevetés, ou que sais-je encore, ne représentent pas autant de valeur pour eux, bien ils choisiraient une prime qui peut-être ne rembourse que des médicaments génériques, ainsi de suite.

Donc, vraiment, je dirais, la seule différence entre ce que vous avez dit et ce que, moi, j'ai dit, c'est qu'effectivement on ne peut pas mesurer cette valeur. C'est chaque personne qui la mesure pour elle-même. Et ce qu'on fait quand on supprime ce marché de l'assurance et quand on a justement une assurance du type que nous avons au Québec avec le régime public, bien toutes ces décisions en fait sont centralisées. Il y a juste un comité avec quelques experts qui va prendre les décisions à la place de tous les professionnels de la santé et à la place de tous les patients.

M. Couillard: Et heureusement qu'on a ce comité, puis je dois rendre hommage à ces gens qui sont des experts indépendants et qui font un travail très difficile, très exigeant, et qui font ça souvent de façon bénévole, en plus de leurs activités professionnelles, et je pense qu'il faut être reconnaissant que notre société se soit dotée d'un outil semblable qu'on peut améliorer, qu'on peut rendre plus souple, plus transparent, c'est d'ailleurs le sens des propositions qu'on a. Mais, vous savez, la grande différence dans ce que vous nous dites, c'est la suivante. C'est qu'effectivement, dans un marché libre normal, vous avez raison, mais ce n'est pas un marché libre normal, c'est le domaine de la santé, puis, au Canada et au Québec, la santé, ce n'est pas quelque chose qui est assujéti aux lois du marché, et le moins possible.

Alors, c'est sûr que, si on a un système où tout le monde paie pour ses médicaments de sa poche, ils peuvent bien décider, comme vous dites, que ce médicament-là, ça leur fait du bien, l'autre moins, puis ils veulent plutôt celui-là. Mais, là, la conséquence de ça, c'est les millions de personnes qui n'ont aucune couverture, c'est l'iniquité sociale qui se produit dans notre société, et on se ramasse avec un système comme on a dans d'autres pays, où c'est parfait, le libre choix est là et il n'y a aucune barrière pour une minorité de la population, puis la majorité des gens qui ont des revenus moyens ou inférieurs, bien, eux, ils n'ont rien, finalement. Et c'est ça qui est à résoudre, c'est l'équilibre entre le libre choix, qui doit exister pour le professionnel et le patient, puis également les besoins de la communauté. Parce que chez nous, en pratique, c'est le contribuable qui paie une bonne partie de la note pour le médicament. Ce n'est pas une situation de libre marché, là. Vous ne pouvez pas appliquer ces principes-là dans le cas du médicament au Québec parce que... Qu'est-ce qu'on a constaté, en 1996-1997, chez nous, au Québec? C'est qu'il y avait 1,4 million de personnes qui n'avaient aucune couverture d'assurance médicaments, et ça, c'est pas mal pire pour la santé à mon avis qu'avoir une liste de

médicaments avec des évaluations objectives. Alors, vous voyez, on s'entend sur certains points, mais, là, il y en a d'autres où on n'est pas vraiment sur la même longueur d'onde. Mais ce n'est pas grave, c'est à ça que ça sert, une commission parlementaire.

M. Petkantchin (Valentin): Je voudrais peut-être juste apporter quelques précisions. Bon. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Nous, ce qu'on essaie de voir, c'est quelles sont les conséquences du fait qu'on a décidé que le système sera public puis qu'on va éliminer le marché privé. Donc, nous, on n'est pas là pour dire: Il faut le marché privé. On dit: Les conséquences, quand on a instauré le système, sont telles et telles. Et, puisque vous dites: Cela n'implique pas qu'on est obligé d'offrir... Le fait qu'il y a des personnes qui ne peuvent pas se permettre de se payer leurs médicaments, donc cela n'implique absolument pas, en logique ou même en pratique, je dirais, qu'on est obligé de mettre en place un régime public d'assurance médicaments qui d'ailleurs n'est pas tout à fait un régime d'assurance. On est tout à fait capable de donner les moyens à ceux qui ne les ont pas pour se payer une couverture ou de leur offrir une couverture comme ça peut exister dans d'autres provinces où... Je crois savoir qu'en Alberta justement le gouvernement provincial s'est associé avec la Croix Bleue pour proposer donc des couvertures aux gens qui ne sont pas couverts, comme le 1,4 million de Québécois qui n'étaient pas couverts en 1996.

M. Couillard: Bien, effectivement, il faudrait voir, parce que ce que je comprends, puis ceux qui étaient au gouvernement lorsque le régime a été mis sur pied nous le diront peut-être... mais je ne pense pas que les assureurs privés se pressaient aux portes pour offrir la couverture aux personnes âgées ou aux gens de faibles revenus, là. Et c'est pour ça qu'on a un régime mixte d'assurance. Vous avez raison, ce n'est pas un régime pur d'assurance, c'est de l'assurance et de l'assistance également, parce qu'on a ce souci que nos concitoyens, même les moins fortunés, puissent avoir accès. Il y a toujours moyen d'être mieux, les gens se plaignent que l'accès n'est pas encore assez bon, là, mais c'est le souci qu'on a comme société de faire l'équilibre entre les deux.

Et je vois difficilement comment on pourrait... comment on fait pour les... Vous dites: On peut leur offrir une couverture, aux gens les plus pauvres, les plus démunis. En pratique, comment vous faites ça, compte tenu du fait qu'une compagnie d'assurance, par définition, est une compagnie qui gère le risque, donc qui attribue les primes selon les risques? Et on sait bien que, dans notre société, les gens les plus âgés, les plus pauvres, les malades chroniques sont ceux qui sont les plus malades, donc ils vont représenter le plus mauvais risque pour la compagnie d'assurance. Comment vous pouvez exclure ça, exclure cette population de l'exercice normal d'une compagnie d'assurance qui gère les risques selon les catégories de population?

M. Petkantchin (Valentin): Bien, écoutez, c'est ce qui se passe aujourd'hui, là, les risques, vous ne les avez pas cachés, c'est qu'ils sont noyés dans ce que paient les contribuables. Et donc, en fait, ce n'est jamais bon — là, je parle en économiste — ce n'est jamais bon de cacher la vérité des prix et ce n'est jamais bon de

cacher les coûts aux personnes et aux acteurs économiques concernés. Donc, de toute façon, aujourd'hui, le régime public paie exactement pour les mêmes risques, les personnes donc qui n'ont pas de revenus et qui tombent plus souvent malades, ainsi de suite. Donc, de toute façon ces risques sont les mêmes, et le régime public les couvre.

Le régime privé aurait pu les couvrir, et on aurait pu imaginer... Mais, là, c'est juste une supposition et donc c'est un sujet qui mérite évidemment peut-être une autre commission ou une autre politique de l'assurance médicaments. Donc, on pourrait imaginer des systèmes où on donne des chèques assurance médicaments justement aux personnes qui n'ont pas les moyens, et puis, suivant évidemment les risques qu'elles présentent, ces personnes se trouvent une couverture qui les couvre contre ces risques sans pour autant impliquer justement toute cette logique d'assistance et la mélanger avec la logique d'assurance. Puisque, en bout de ligne, si, aujourd'hui, on parle d'explosion des coûts de médicaments — et les données sont là pour le confirmer — ce n'est pas un problème de prix des médicaments ou des médicaments brevetés, c'est un problème, je dirais, de tiers payeurs et d'assurance médicaments, plutôt.

Et là, comme j'évoquais les données tantôt, les prix des médicaments avec la politique de gel... en fait, ce n'est pas une politique de gel des prix, c'est une politique de baisse des prix en termes réels, puisqu'avec l'inflation les prix réels des médicaments brevetés baissent. Et, quand on regarde, on parle beaucoup donc... et on fait très souvent le lien entre coûts des médicaments qui explosent pour le régime public et puis les prix des médicaments brevetés. Mais j'ai les données pour 2003 juste pour mettre les choses en perspective. Sur 1 \$ qui est dépensé en santé, combien pensez-vous qu'il est dépensé pour les médicaments brevetés? Donc, sur 1 \$, il y a 0,065 \$ qui sont dépensés en médicaments brevetés. Et donc c'est sur cette partie-là, quand on s'attaque avec le contrôle des prix, c'est sur cette partie-là qu'on veut économiser, donc sur les 0,065 \$ de 1 \$ dépensé en santé?

● (17 h 30) ●

M. Couillard: Il n'y a pas de petites économies, monsieur, je vais vous le dire, là. Par ailleurs, la politique ne parle pas que des médicaments d'innovation, elle parle également des médicaments génériques. Il y a des suggestions pour les prix des médicaments génériques. Et, pour ce qui est du gel des prix, on a une proposition, là, d'y mettre fin, selon des paramètres établis, qui se rapprochent de l'indice des prix à la consommation, avec des ententes de compensation. Qu'est-ce que vous pensez de cette proposition?

M. Petkantchin (Valentin): Mais, écoutez, nous l'avons marqué clairement dans le mémoire, et je pense que ce que je viens de dire, ça confirme cela, c'est que ces mesures, suivant les conséquences qui en découlent et puis les enjeux... Puisqu'encore une fois, je répète, l'explosion des assurances, donc des coûts de médicaments, ce n'est pas un problème de prix. Donc, d'un côté, les contrôles des prix donc ont des conséquences négatives pour toute l'économie puis, de l'autre côté, ces contrôles ont une utilité vraiment très restreinte pour contrôler, pour maîtriser ces dépenses en médicament. Et je pense qu'à ce titre les propositions qu'il y a dans le document vont dans la bonne direction mais ne vont pas

assez loin, à notre avis. Et je pense que l'impact, d'autant plus qu'il y a des mesures compensatoires et ainsi de suite, l'impact risque d'être tout à fait négligeable.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue, M. Leblanc, M. Petkantchin. Je prononce bien? Oui?

M. Petkantchin (Valentin): Oui, parfait, merci.

Mme Harel: Merci. Alors, vous dites... J'entendais tantôt votre échange avec le ministre où vous disiez que le régime privé aurait pu couvrir les personnes à faibles revenus, on pense aux personnes âgées, on pense aussi aux enfants, en fait aux personnes à très, très faibles revenus. Mais le fait est que les régimes privés n'ont pas voulu couvrir. La proposition leur avait été faite — et je n'étais pas partie prenante au dossier, j'avais quelques autres responsabilités qui m'obligeaient à monter au front — mais les régimes privés, à ma connaissance, après des études actuarielles, n'ont pas voulu le faire. Les régimes privés sont prêts à prendre les bons risques, mais non pas à prendre des risques plus graves, ce qui fait que 94 % ou 95 % de toutes les personnes qui ont 65 ans et plus sont passées au régime public pour ne pas avoir à les garder dans les régimes privés. Alors, comment expliquez-vous que le coût des régimes privés a explosé, alors que c'est le régime public qui est resté en contrôle?

M. Petkantchin (Valentin): Bon. Je voudrais juste apporter quelques précisions. Tout d'abord, il faut savoir qu'il y a beaucoup de personnes qui n'étaient pas couvertes en 1997, aussi peut-être pour une raison aussi simple que... bien, il y a certaines personnes qui ne voulaient pas se couvrir contre ce risque parce que c'étaient de bons risques. Ils estimaient qu'il n'y avait pas beaucoup de risques à ce qu'ils déboursent beaucoup en médicaments. Puis généralement c'est le cas des gens en bonne santé ou des gens qui ne sont pas très âgés. Donc, il y a de bonnes raisons. Et puis, à vrai dire, l'assurance, le concept d'assurance lui-même, c'est un moyen pour se couvrir contre des risques. Seulement, c'est un moyen, ce n'est pas une fin en soi. Donc, si vous avez des revenus ou si le risque est vraiment insignifiant pour vous, bien vous n'avez pas intérêt à souscrire à une prime d'assurance. Donc, il y a probablement, en 1997, beaucoup de personnes qui ne souhaitaient pas avoir d'assurance et payer une prime. Et je pense que l'une des raisons pour rendre justement l'assurance obligatoire a été celle-là parce que, sans cette obligation, il y aurait certainement eu des personnes qui n'auraient pas souscrit à l'assurance publique médicaments.

Puis il y a un autre point de précision concernant les assurances privées. Je dirais que, si vous avez une liberté au niveau des primes et des conditions donc de souscription de police d'assurance, les mauvais risques constituent une aussi bonne affaire pour un assureur que les bons risques. Et je dirais que c'est même le contraire. Donc, les mauvais risques constituent tout aussi une bonne affaire, s'ils paient la prime qu'ils doivent payer, étant donné la classe dans laquelle ils sont classés concernant

leur risque. Donc, juste quelques... juste un point de précision par rapport à ce que vous avez dit.

Sinon, par rapport à votre question, le fait est que le régime général d'assurance médicaments — et là encore une fois on s'éloigne un petit peu, je dirais, des deux points que nous avons invoqués concernant la politique du médicament, c'est-à-dire le contrôle des prix et puis la valeur — le régime général d'assurance médicaments impose quand même plusieurs restrictions aux assureurs privés qui font qu'ils ne peuvent pas distinguer suffisamment bien entre les bons risques et les mauvais risques. Et les bons risques se trouvent, en bout de ligne, à financer les mauvais risques au sein du régime général d'assurance médicaments, ce qui fait augmenter les coûts moyens, je dirais, de gestion de ces risques.

Mme Harel: Alors, je comprends que les bons risques, c'est à l'État... Non, les mauvais. Non, les mauvais risques, c'est à l'État, puis les bons risques seraient aux assureurs. Savez-vous à quoi ça m'a fait penser, la réponse que vous venez de donner? Je me suis dit que, sur mon compte de taxes, je paie pour un service de pompiers puis je n'ai pas eu d'incendie. Alors, pourquoi est-ce que je paierais? J'ai des gicleurs, j'habite dans une maison qui est bien protégée, alors pourquoi je paierais des services de pompiers, puisque je n'ai pas d'incendie, hein? Ce qui est absurde, parce que finalement je ne vois pas les pompiers arriver, si un jour ça m'arrivait, en disant: Avez-vous payé votre compte de taxes? Sinon, on n'arrose pas. La maladie et le besoin de médicaments, même chez les gens riches et en santé, ça peut être le destin aussi. Il y a du destin aussi dans tout cela.

Mais, moi, la question qui m'intéresse aussi, c'est: Comment jugez-vous, sur le plan économique, les comportements, les pratiques commerciales qui ont été mises en relief, là, au cours des dernières années, à l'effet qu'il y avait des ristournes qui étaient versées? L'Ordre des pharmaciens les évalue, pour les génériques, à 200 millions de dollars pour les années 2001, 2002, 2003. Il n'y a pas eu de poursuite, alors je ne sais pas, là, combien, par exemple, le Collège des médecins pourrait évaluer les ristournes qui sont données par les médicaments d'origine aux médecins. Mais comment évaluez-vous, jugez-vous ces pratiques commerciales?

M. Petkantchin (Valentin): Eh bien, écoutez, je suis vraiment désolé de vous décevoir, mais malheureusement, nous, on part demain, nous n'avons pas fait d'étude sur cette question. Cela mérite peut-être qu'on s'y attarde lors de notre prochaine publication, mais malheureusement, à l'heure actuelle, je ne peux pas vous apporter plus de précision sur cette question spécifique.

Mme Harel: Très bien, merci. Très bien, merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, M. Petkantchin, M. Leblanc, merci pour votre présentation, devant cette commission parlementaire, au nom de l'Institut économique de Montréal.

Et, sur ce, j'ajourne les travaux de la Commission des affaires sociales jusqu'à demain, le 4 mai, à 9 h 30, ici, à la salle du Conseil législatif. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 38)