



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 11 mai 2005 — Vol. 38 N° 124

Consultation générale sur le document
intitulé *Politique du médicament* (6)

**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 mercredi 11 mai 2005 — Vol. 38 N° 124

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)	1
Regroupement de promoteurs de régimes privés	10
Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain (CSVMM)	19
Union des consommateurs	28
Organisation d'aide aux sans-emploi (ODAS-Montréal)	35
BioQuébec	43

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Yolande James, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Solange Charest
M. Camil Bouchard

- * M. Yves Millette, ACCAP
- * M. René Hamel, idem
- * M. Jean-Pierre Beaudet, idem
- * M. Louis P. Gagnon, Regroupement de promoteurs de régimes privés
- * M. Yves Couturier, idem
- * Mme Johanne Brosseau, idem
- * M. Luc Fournier, idem
- * M. Viateur Camiré, idem
- * M. Michel LeBlanc, CSVMM
- * Mme Thérèse Richer, Union des consommateurs
- * Mme Danièle Tessier, idem
- * M. Charles Tanguay, idem
- * M. Simon Lévis, ODAS-Montréal
- * M. Bertrand Bolduc, BioQuébec
- * M. Perry Niro, idem
- * M. Richard Cloutier, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 11 mai 2005 — Vol. 38 N° 124

Consultation générale sur le document intitulé *Politique du médicament* (6)*(Neuf heures trente-six minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Chers collègues, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle notre mandat. 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: Non, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Aucun remplacement. Je suis convaincu que tout appareil électronique qui a tendance à sonner a déjà été mis soit hors tension ou dans un autre mode pour que les travaux de la commission ne soient pas dérangés par les sonneries.

Je vous rappelle brièvement l'ordre du jour. Nous allons entendre et échanger avec trois groupes ce matin, débiter dans quelques instants avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.; suivie par le Regroupement de promoteurs de régimes privés; et nous allons terminer la matinée avec le Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain. Il est prévu que nous siégeons cet après-midi toujours selon les avis touchant les travaux des commissions à la période des affaires courantes, et je ferai lecture de l'ordre du jour à ce moment-là.

Auditions (suite)

Alors, c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. M. le directeur général régional, M. Beaudet, bonjour. Je ne sais pas... C'est M. Millette qui va faire la présentation également. M. Millette, bonjour. Vous avez 20 minutes. Je vous rappelle pour fins d'aide-mémoire: vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, et je suis obligé d'être assez sévère dans l'attribution du temps. Et c'est suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Ayant identifié M. Beaudet et, à votre gauche, M. Millette, je présume que c'est M. Hamel à votre droite. Les présentations ayant été faites, vous pouvez débiter votre présentation.

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

M. Millette (Yves): Alors, merci, M. le Président. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est offerte de commenter la politique du médicament qui a été déposée en décembre 2004.

L'industrie des assurances de personnes fournit une protection à 4,5 millions de Québécois non seulement

en remboursant le coût des médicaments, mais aussi celui des services médicaux non remboursés par le régime public d'assurance maladie du Québec. Pour l'assurance médicaments uniquement, en 2003, notre industrie a remboursé 1 360 000 000 \$ à ses assurés, diminuant d'autant le coût du régime public.

Un équilibre s'est établi entre le régime public et les régimes privés, et, bien que la croissance du coût du régime soulève certaines inquiétudes quant à sa pérennité, cette croissance de coût s'est répartie assez uniformément entre les assurés, qu'ils soient du public ou du privé. Depuis la création du régime, en 1997, l'augmentation des coûts a été de 16,7 % en moyenne pour les régimes privés, alors qu'elle a été de 14,6 % pour le régime public.

● (9 h 40) ●

Les régimes privés se distinguent du régime public par le système de mutualisation des risques qui permet de niveler l'effet des mauvais risques sur une population élargie. La mutualisation permet de répartir sur l'ensemble de l'industrie les grosses réclamations, car les assurés sont fractionnés en une multitude de groupes plus ou moins gros dans les régimes privés. Le régime public n'a pas à mettre en place un tel système, puisqu'il rassemble déjà tous les risques dans un seul groupe. Grâce à la mutualisation des risques, l'augmentation de la prime d'un groupe donné demeure raisonnable et la couverture d'assurance médicaments sera maintenue même si un de ses membres a une consommation élevée.

Le système de mutualisation est exclusivement un mécanisme de partage des risques qui supplée à l'absence de sélection au moment de l'adhésion. Tenter de transformer le processus de mutualisation pour y inclure le partage de la richesse pourrait le mener à sa destruction. Les assureurs ne sont pas favorables à ce que la mutualisation soit utilisée pour égaliser les primes entre les secteurs public et privé. La mutualisation ne résisterait pas à une telle transformation, et d'ailleurs les assurés du privé font déjà grandement leur part à cet égard via les taxes et les impôts qu'ils paient sur leurs primes, comme l'avait constaté le rapport Montmarquette.

Nous supportons la position de l'énoncé de politique à l'effet qu'il ne saurait être question de financer l'augmentation du coût de l'assurance médicaments par un accroissement du fardeau fiscal des Québécois, mais nous mettons en garde aussi le gouvernement contre la tentation de transformer le processus de mutualisation des risques d'assurance en un mécanisme de partage de la richesse.

Les régimes privés doivent s'autofinancer à partir des revenus de primes, et leurs assurés ne sont pas admissibles à une subvention du fonds consolidé, contrairement aux adhérents du régime public. Cette situation peut favoriser l'exode des travailleurs atypiques comme les travailleurs occasionnels vers le régime public. Mais le problème est particulièrement évident

avec les assurés de 65 ans et plus, qui doivent opter pour demeurer dans leur régime privé ou adhérer au régime public au moment où ils atteignent 65 ans. Ils optent généralement pour le régime public à cause de la subvention importante du fonds consolidé.

Il s'agit d'une situation inéquitable pour les assurés du privé, qui paient des impôts mais n'ont pas droit à une subvention du fonds consolidé lorsqu'ils sont dans une situation financière équivalente à un adhérent du régime public. Cette situation est d'autant plus inéquitable que les assurés du privé doivent payer des taxes sur les primes qu'ils versent à leurs assureurs, alors que les adhérents du régime public n'y sont pas astreints.

En 2003, les assurés québécois ont payé une taxe de vente sur les primes de leurs régimes d'avantages sociaux totalisant 441 901 000 \$ sans compter la contribution des employeurs au fonds de santé et les impôts et taxes versés par les assureurs et sans tenir compte non plus de la taxation des avantages sociaux entre les mains des employés dans les cas où c'est l'employeur qui paie la prime. Nous croyons que les assurés des régimes privés devraient avoir accès aux subventions du fonds consolidé aux mêmes conditions que les adhérents au régime public, y compris les personnes de 65 ans et plus qui décideraient de maintenir leur participation dans les régimes privés.

Nous partageons la position de l'énoncé de politique à l'effet qu'il est préférable de limiter la gratuité des médicaments aux catégories d'assurés les plus vulnérables. Cependant, pour tous les autres assurés et pas seulement les assurés du régime public, il conviendrait de moduler le plafond de contribution en fonction du revenu des assurés. Le fait d'avoir droit à une subvention devrait dépendre du niveau du revenu et non pas de qui nous assure, puisque le régime est universel. Pour les assurés des régimes privés, les subventions du fonds consolidé pourraient prendre la forme de crédits d'impôt ou d'une autre mesure d'assistance fiscale indépendante du fonds d'assurance médicaments.

Pour maintenir l'équilibre entre les régimes public et privé, le régime général d'assurance médicaments doit établir les primes qui sont nécessaires à l'équilibre du régime. Lorsque le niveau de la prime est trop élevé pour les personnes à faibles revenus, le montant de l'assistance financière doit être clairement établi et effectivement versé par le fonds consolidé. En effet, le coût de l'assistance doit se répartir sur tous les contribuables et sur toute l'assiette fiscale et non pas uniquement sur le régime général d'assurance médicaments, que ce soit dans sa partie publique ou dans le système de mutualisation des régimes privés.

Il faut continuer les efforts entrepris depuis la mise en place du régime pour établir les primes au niveau requis et de façon séparée de l'assistance. De cette façon, on pourra éviter des transferts de clientèle du privé vers le public, particulièrement les personnes qui atteignent 65 ans. Nous ne partageons pas la position de l'énoncé de politique à l'effet de tenir compte de la capacité de payer des citoyens dans l'établissement de la prime. La prime doit être le reflet du risque d'assurance uniquement, alors que l'incapacité à payer la prime fixée doit être corrigée par une assistance

financière provenant du fonds consolidé, auquel participent tous les contribuables.

Les gains d'efficacité. L'énoncé de politique propose de rendre gratuit l'accès aux médicaments pour les personnes âgées qui bénéficient de la prestation maximale du SRG, ce à quoi nous sommes d'accord à condition qu'il en soit de même pour les personnes âgées qui continueraient d'adhérer à un régime privé et que la gratuité provienne d'une subvention du fonds consolidé plutôt que d'une modulation de la prime du régime général d'assurance médicaments.

L'énoncé de politique propose aussi d'étendre la gratuité ou alléger les contributions selon le cas aux clientèles à faibles revenus au rythme des gains d'efficacité réalisés grâce aux mesures d'utilisation optimale et aux ententes de partenariat proposées dans le document ministériel. Une telle mesure serait difficilement applicable aux régimes privés. Ce qui constitue une économie ne correspond pas nécessairement à un profit pour l'assureur. En effet, le principe de la tarification de l'assurance collective est basé sur l'expérience, c'est-à-dire sur le total des dépenses encourues par le régime, ce qui fait en sorte qu'une réduction de dépenses obtenue par une meilleure gestion des médicaments réduit la facture pour l'ensemble des assurés du régime. L'assureur ne peut pas retenir ces sommes pour les utiliser à d'autres fins, ce sont les assurés qui en bénéficient. Donc, dans les régimes privés, les gains d'efficacité seraient retournés aux assurés sous forme de réduction de la facture plutôt que par un allègement des contributions des assurés à faibles revenus. Nous croyons qu'il devrait en être de même dans le régime public et que l'assistance aux clientèles à faibles revenus devrait provenir encore une fois du fonds consolidé.

Au niveau de l'établissement d'un prix juste et raisonnable du médicament, la prime n'est pas la façon de gérer les pressions financières exercées sur le régime par l'ajout de nouveaux médicaments. On pourrait également moduler la participation financière des personnes assurées en fonction des catégories de médicaments, ce qui permettrait de sensibiliser le citoyen sur la valeur des médicaments et pas seulement à leur coût. En effet, nous croyons que certains médicaments ne devraient être couverts qu'une fois les médicaments de première ligne, souvent moins dispendieux, se soient avérés inefficaces ou aient causé des effets secondaires indésirables.

La liste des médicaments stipule aussi le prix des médicaments pour la partie publique des médicaments. Les lois actuelles empêchent les assureurs de négocier des ententes avec les fabricants et les grossistes et les obligent à rembourser le consommateur du prix qu'il a payé pour ses médicaments achetés à la pharmacie de son choix. Pourtant, les régimes privés sont aux prises avec les mêmes contraintes de croissance de coût que le régime public. Les assureurs négocient les régimes privés avec des employeurs, des syndicats et des associations professionnelles qui constatent que les primes en assurance médicaments augmentent beaucoup plus vite que les salaires et les autres frais d'opération. Cet écart imposant entre la croissance du coût des régimes et la progression des salaires et autres dépenses constitue un défi de taille aussi bien pour les régimes privés que pour le régime public.

De plus, comme le projet de politique du médicament propose d'étendre la gratuité ou d'alléger les contributions des clientèles à faibles revenus à partir des gains d'efficience réalisés grâce aux ententes de partenariat conclues sur le prix des médicaments, les assurés des régimes privés en seraient exclus. Ainsi, les assurés des régimes privés non seulement paieraient leurs médicaments plus cher que les assurés du régime public, mais encore les assurés des régimes privés à faibles revenus ne pourraient pas profiter d'un allègement des contributions. Pour toutes ces raisons, nous demandons que le gouvernement prenne les mesures qui s'imposent pour garantir le traitement équitable des assurés des régimes privés par rapport aux assurés du régime public quant au prix des médicaments qu'ils consomment.

Quant aux médicaments administrés en milieu hospitalier, nous ne sommes pas opposés à une politique définissant les cas où un citoyen traité en milieu hospitalier sur une base ambulatoire devra acheter en pharmacie le médicament qui lui sera administré à condition que la politique soit précise et appliquée uniformément.

● (9 h 50) ●

Les assureurs sont aussi en faveur d'une utilisation optimale des médicaments. Pour les assurés des régimes privés, des mesures favorisant l'utilisation optimale des médicaments qui engendreraient des économies contribueraient à une réduction des primes ou, à tout le moins, à leur stabilisation. Les assureurs sont prêts à promouvoir, encourager, favoriser et soutenir l'utilisation optimale, notamment à travers les sites Internet qu'ils mettent à la disposition de leurs assurés. La formation et l'information des médecins et des pharmaciens devraient être indépendantes et porter non seulement sur le volet médical, mais aussi sur le contenu économique.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes avait participé au Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments, en mai 2004, et fait partie du consensus sur la pertinence pour les intervenants du secteur de la santé d'avoir accès à l'information clinique.

L'industrie des assurances de personnes croit en la pérennité du régime d'assurance médicaments et est prête à travailler en étroite collaboration avec le gouvernement à la stabilisation de son financement. Merci.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Hamel, M. Millette, M. Beaudet, pour votre visite et votre présentation. Il est certainement utile d'entendre votre point de vue étant donné qu'il y a beaucoup de citoyens québécois et de citoyennes qui sont couverts par des régimes privés et que, comme vous le dites, les pressions de coûts et les pressions... assurés et aux assureurs.

Vous avez parlé d'équité dans votre présentation, et je pense qu'il faut quand même noter la chose suivante. C'est que la vaste majorité des assurés à faibles revenus se retrouvent du côté du régime public,

et je pense que, là, il faut apporter un éclairage différent aux termes que vous employez quant à l'équité. Et c'est effectivement le cas que le régime public comporte un volet assurance et un volet assistance, c'est de cette façon qu'il a été conçu. C'est exact que les assurés des régimes privés contribuent à l'assistance via leur contribution en taxes et en impôts via le fonds consolidé, mais il faut également dire que les adhérents eux-mêmes du régime public, via les augmentations de contribution, font une contribution également ajoutée au versant de l'assistance du programme. Donc, il y a là effectivement une question d'équité qui va un peu, je dirais, à contre-courant de ce que vous présentiez sur certains aspects.

Vous suggérez, si j'ai bien compris, qu'il soit possible et qu'on facilite le fait pour les personnes de 65 ans et plus de demeurer avec un régime privé mais qu'on aide cette personne à prendre cette décision au moyen de mesures fiscales telles qu'un crédit d'impôt, si j'ai bien compris, là, l'essence de votre recommandation. Bien sûr, le fait de conserver cette clientèle dans vos régimes va générer un certain profit compte tenu que vous allez continuer à maintenir les primes au niveau du partage de risques et au niveau du risque pour l'assureur. Est-ce que, comme l'État devrait dépenser plus pour ce modèle-là, est-ce que vous pensez qu'également l'État pourrait demander sa part des bénéfices pour ces assureurs?

M. Millette (Yves): Théoriquement, le coût d'une telle mesure ne devrait pas être supérieur à ce qu'il est présentement parce que l'assistance continuerait d'être la même que celle qui est fournie présentement aux adhérents, aux personnes âgées qui continuent à adhérer au régime public. Ce serait tout simplement un transfert de l'assistance pour permettre aux personnes d'être dans les régimes privés. Et même nous pensons qu'à échéance c'est des mesures qui, à cause du vieillissement de la population, c'est des mesures qui permettraient une plus grande prise en charge des primes par les personnes âgées elles-mêmes à cause des fonds qu'elles accumuleraient dans un régime fiscalement avantageux, sans le qualifier plus. Et donc, à échéance, nous pensons que ça coûterait moins cher au gouvernement que de maintenir le système actuel.

M. Couillard: Lorsqu'un employé paie sa prime de régime collectif, bien sûr c'est un régime qui comprend plusieurs volets d'assurance: il y a l'assurance médicaments, l'assurance hospitalisation, les ambulances, il y a toutes sortes d'autres volets qui s'ajoutent et qui font que la couverture dépasse les médicaments. Est-ce qu'il serait possible d'après vous d'envisager une situation où l'assuré du régime privé saurait exactement la part de sa prime qui est consacrée au volet d'assurance médicaments?

M. Millette (Yves): À l'heure actuelle, l'assurance médicaments est à l'intérieur du régime dit le régime complémentaire de santé, comme je l'ai dit au début de ma présentation, est à l'intérieur du régime qui complète non seulement les médicaments, mais aussi tous les frais qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Et donc la prime est

établie en fonction du régime global et non pas en fonction du régime d'assurance médicaments. On établit des primes... on pourrait faire la chose pour des régimes, par exemple, entre la santé complémentaire et l'invalidité, on est capable de le faire, mais on ne peut pas le faire uniquement pour le médicament. On peut le faire globalement, mais, d'un groupe à l'autre, ça varie dépendant de la consommation de services qui est faite dans chacun des groupes.

M. Couillard: Ça me semblerait pourtant utile pour les assurés de connaître, dans leur prime, la partie qui est consacrée à l'assurance médicaments, et, bon, on verra quelles sont les difficultés techniques qui sont reliées à ce type de disposition là, parce que l'autre utilité que ça pourrait avoir, c'est de clarifier et de jeter un éclairage sur la différence entre la couverture d'assurance médicaments offerte par les régimes privés par rapport à celle offerte par le régime public, notamment en ce qui a trait à la liste des médicaments couverts. On sait qu'il y a un mouvement actuel des régimes privés pour se rapprocher de la liste du régime général d'assurance médicaments, mais il y a encore plusieurs régimes qui offrent une couverture plus vaste que la liste du régime général, et donc à cette couverture plus vaste s'associe également une surprime nécessairement en vertu des principes que vous avez énoncés tantôt. Et il me semble qu'il serait utile pour l'assuré de savoir d'une part, dans sa prime d'assurance collective, qu'est-ce qui est consacré aux médicaments et, dans sa prime médicaments, qu'est-ce qui correspond à une couverture identique au régime public et qu'est-ce qui correspond à une protection ajoutée pour la liste des médicaments. Est-ce que vous ne pensez pas que ce serait une information utile pour le travailleur?

M. Millette (Yves): Ce serait relativement facile, je pense, de le faire pour les nouveaux régimes, et plus particulièrement pour les régimes qui reproduisent le régime général d'assurance médicaments, parce que, on le dit, généralement ces régimes-là identifient qu'à l'intérieur de la partie d'assurance maladie complémentaire, d'assurance santé complémentaire les médicaments sont remboursés selon le régime général d'assurance médicaments. Donc, à ce moment-là, c'est plus facile de le faire.

Mais, dans des régimes qui sont établis depuis plus longtemps ou qui sont avec des grands employeurs... Parce que généralement on retrouve ça dans des régimes avec plus petits employeurs, mais, dans les régimes avec grands employeurs, c'est beaucoup plus imbriqué et ça demanderait peut-être un plus grand effort de calcul pour les employeurs qui administrent ces régimes-là. Mais c'est possible, on peut regarder la situation.

M. Hamel (René): Ce que nos groupes connaissent déjà en termes de différence de coût — et je n'ai pas ça avec moi aujourd'hui — c'est: à l'intérieur d'un régime d'assurance maladie, on offre plusieurs listes de médicaments possibles, et ce sont les groupes qui décident quelle liste ils veulent avoir, ils veulent utiliser. Et donc, ça, les groupes sont en mesure d'identifier la différence de coût entre la liste a, la

liste b, la liste c et peuvent le faire de façon éclairée en termes de différence de coût. Et je rappelle que c'est un choix du groupe, d'avoir une liste de médicaments qui se colle très près à la liste du régime public ou d'y inclure des médicaments additionnels.

M. Beaudet (Jean-Pierre): Du point de vue purement technologique, je crois qu'avec l'informatique il est possible de recouper beaucoup d'informations, à savoir d'isoler des parties, des couvertures. Maintenant, il faut spécifier — et ça a déjà été mentionné — que, lorsque nous regardons le groupe, on le regarde dans son ensemble et toutes les composantes, et chaque composante vient influencer le prix de chacune d'elles.

M. Couillard: Il m'apparaît cependant que, si d'aventure l'État, un jour, voulait introduire une mesure fiscale de compensation pour les travailleurs à bas revenus, ce type de précision est indispensable. On ne peut pas calculer le support fiscal sans savoir précisément la partie de la prime qui est consacrée aux médicaments et dans quelle mesure la couverture est la même que celle du régime public. Mais, comme vous dites, la technologie nous offre de nombreuses avenues à cet effet-là.

J'aimerais que vous nous précisez une partie de votre présentation. Vous avez mentionné que vous ne pouviez pas négocier des ententes compensatoires, comme nous prévoyons le faire, avec l'engagement du fabricant, par exemple, ou les partenariats. Qu'est-ce qui vous empêche précisément de conclure de telles ententes étant donné que vous avez avec vous le nombre d'assurés qui vous donne un poids, là, important à la table de négociation avec les fabricants?

M. Millette (Yves): Mais nos assurés n'achètent pas leurs médicaments au même endroit, on ne peut pas faire d'entente qui inclurait l'ensemble des pharmacies.

M. Hamel (René): La loi actuellement d'une part... Nous représentons deux assureurs qui, au Québec, ont des parts de marché appréciables, et la tentation pourrait être forte de dire: On va posséder des pharmacies, on va acheter des pharmacies, et la loi ne nous permet pas actuellement de posséder des pharmacies.

● (10 heures) ●

D'autre part, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires est le seul intervenant reconnu par la RAMQ, de telle sorte qu'il n'est pas possible de conclure une entente. Et j'imagine que les assureurs rêvent tous de conclure une entente avec une bannière ou l'autre, les grandes bannières du Québec, mais il n'est pas possible, pour nous, de le faire, puisque le seul intervenant est l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Donc, dans ce sens-là, ce n'est pas possible pour nous de conclure des ententes qui favoriseraient ou qui viendraient favoriser une réduction du coût des médicaments, et on doit rester au prix usuel et coutumier.

M. Couillard: Vous avez étalé le principe qu'avant de compenser ou de rembourser un médicament récent il faudrait s'assurer que, s'il existe des médicaments de première ligne disponibles, ce soient

d'abord ceux-là qui soient utilisés et que, seulement s'il y a échec ou intolérance au médicament de première ligne, le médicament nouveau soit remboursé. Est-ce que ce n'est pas précisément le but que poursuit le mécanisme de la liste d'exception?

M. Millette (Yves): On pourrait vous dire oui, et peut-être qu'il faudrait étendre encore plus la liste d'exception.

M. Couillard: Vous favorisez donc une extension de ce...

M. Millette (Yves): Je pense que oui. Je pense que c'est une approche qui serait une façon de diminuer les coûts pour le système. On connaît par ailleurs les contraintes que ça peut imposer à ceux qui le font, là, mais je pense qu'une bonne partie de la solution se trouve là.

M. Couillard: Vous avez, avec beaucoup de justesse, abordé la question de la formation des professionnels dans le volet de l'utilisation optimale et vous souhaitez donc participer éventuellement ou voir naître au moins, là, un organisme indépendant qui aurait comme fonction de superviser cette formation. Il y a des organismes qui existent déjà, tels que le conseil québécois de formation médicale, etc. Comment voyez-vous le financement de cet organisme-là et votre participation éventuelle, puisque, comme assureur, vous auriez probablement bénéficié à encourager une telle formation indépendante?

M. Millette (Yves): Évidemment, comme on le dit, on est intéressé aussi par le volet économique, donc c'est évident qu'on pourrait avoir un intérêt. Mais on est prêt à regarder les possibilités qui pourraient s'offrir.

Le Président (M. Copeman): M. Millette, vous avez indiqué dans votre présentation la difficulté avec la notion des gens qui optent ou qui doivent décider, à un moment donné, s'ils veulent aller vers le régime public. Et, pour poursuivre un peu la conversation que vous avez eue avec le ministre, ça m'étonne un peu que vous dites que vous n'êtes pas capables, au moment où on se parle... ou les compagnies d'assurance privées ne sont pas capables d'isoler la partie de la prime qui couvre les médicaments. Si tel est le cas, sur quelle base pensez-vous que les gens quittent les régimes privés pour aller vers le régime public s'ils ne sont pas capables, eux, de faire une comparaison entre la partie de la prime qui touche l'assurance médicaments puis la partie de la prime qui touche les autres volets d'une assurance? Est-ce qu'il n'est pas, dans certains cas, illusoire de penser que les gens changent vers le régime public parce qu'ils croient, à cause des subventions, qu'ils vont payer moins cher, mais, en fin de compte, ils abandonnent certaines couvertures pour d'autres types d'assurances en se transférant vers le public?

M. Millette (Yves): Je pourrais laisser mes gens répondre, mais, d'une façon générale, je peux vous dire que, lorsqu'une personne quitte le groupe pour son départ à la retraite, il a un package — excusez l'expression — il

a une protection qui lui est offerte et qui est différente du régime collectif qui existait. Et il sait, à ce moment-là, que, par exemple, ses médicaments, son assurance voyage et certaines autres couvertures vont continuer à s'appliquer, mais c'est une couverture qui est restreinte par rapport à la couverture collective qui existait. Et, à ce moment-là, la prime aussi va être individualisée et, à ce moment-là, est beaucoup plus restreinte, parce qu'avant ça il pouvait avoir de l'assurance invalidité, de l'assurance vie, etc. Donc, il est... Même si ce n'est pas exactement la prime médicaments qu'il a, il a une très bonne idée du coût de sa nouvelle prime, et c'est considérablement plus élevé que la prime qu'il payait lorsqu'il était membre du groupe, et ceci, à cause du fait qu'il y a une assistance financière importante qui est accordée aux personnes âgées dans les groupes publics.

Le Président (M. Copeman): M. Beudet.

M. Beudet (Jean-Pierre): Aussi, il faut comprendre que, pour l'employeur, compte tenu des changements qui ont été apportés aux normes comptables... On sait que les protections qui sont offertes aux retraités doivent être comptabilisées, contrairement à ce qui était fait voilà quelques années, et ça représente des coûts appréciables. Donc, c'est évident que ça, en soi, peut créer une barrière à l'extension des garanties au-delà de la retraite.

Maintenant, pour ce qui a trait à l'isolation des coûts spécifiquement du régime étatique, comme on le mentionnait, souvent, nous, nous offrons des régimes qui sont plus larges, et on regarde ça dans son ensemble, et on sait que, dans l'ensemble, ça va coûter un certain montant. Maintenant, d'arriver et d'isoler les composantes puis dire: O.K. Ce médicament-là était couvert dans le régime privé, il ne l'aurait pas été dans le régime public, à la rigueur, ça peut se faire, c'est... Comme je le mentionnais précédemment, la technologie est suffisamment avancée qu'on peut isoler les médicaments un par un et dire: Bon, celui-ci aurait été couvert ou aurait été remboursé à un coefficient de coassurance beaucoup moindre. Ça peut se calculer.

Le Président (M. Copeman): M. Hamel.

M. Hamel (René): Mais, si on le fait uniquement... Enfin, si le but principal, c'est d'être capable de déterminer la partie du coût du médicament pour voir dans quelle mesure il pourrait y avoir une subvention et à quelle hauteur elle pourrait se faire, je pense que, sachant que les régimes privés sont au moins aussi généreux, du point de vue du médicament, que le régime public, je pense qu'établir un système qui soit le même, basé sur les mêmes critères ou les mêmes tests de revenus pour la même subvention, donne un résultat, je pense, tout à fait équitable.

Le Président (M. Copeman): Vous indiquez également dans la même partie de votre présentation... vous utilisez le verbe opter: Ils «doivent opter pour demeurer dans leur régime privé ou adhérer au régime public au moment où ils atteignent 65 ans; ils optent généralement pour le régime public», ainsi de suite. Écoutez, de façon anecdotale, il y a déjà quelques cas

qui m'ont été rapportés que, rendus à l'âge de 65 ans, dans quelques régimes collectifs privés, les gens n'avaient plus de choix, leur assureur les avisait de la fin de la couverture pour l'assurance médicaments. Alors, il n'y avait pas beaucoup de possibilités d'opter ou pas, mais il y avait un transfert obligatoire vers le public. Êtes-vous au courant de ces pratiques-là? Est-ce que selon vous ça existe dans l'industrie?

M. Millette (Yves): Je ne suis pas en mesure de vous le dire au cas par cas, mais, de façon générale, c'est possible qu'au début la chose se faisait. Mais, aujourd'hui, les assureurs le disent... Mais le coût de la prime est tellement élevé s'il n'y a pas d'assistance financière que les personnes âgées vont opter très rapidement pour le régime public, et les gens le savent.

Et je vous répète encore une fois que ce problème-là, la prime du régime privé, ce n'est pas parce qu'elle est énormément plus élevée que celle du régime public. Si on tient compte du coût d'assurance pur et qu'on ne tient pas compte de l'assistance, comme on vous le dit depuis plusieurs fois... depuis le début, ce matin, le coût des médicaments, dans le régime public, pour les personnes âgées, est équivalent à ce qu'on chargerait dans le régime privé. Cependant, il y a à l'intérieur, bâtie à l'intérieur du régime d'assurance médicaments, une subvention directement du fonds consolidé et qui n'apparaît pas dans le coût des primes mais qui vient compenser les pertes, si on peut l'expliquer ainsi, du régime d'assurance médicaments. Et donc l'argent est là, est déjà dépensé. Ce qu'on propose au gouvernement, c'est de le dépenser différemment.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Peut-être, une dernière question avant d'aller à Mme la députée de Rimouski. Vous dites, à la page 5: «...pour tous les autres assurés, et pas seulement les assurés du régime public, il [convient] de moduler le plafond de contribution en fonction du revenu des assurés. Le fait d'avoir droit à une subvention devrait dépendre du niveau de revenu et non pas de qui nous assure, puisque le régime est universel.» Est-ce que vous croyez que... Si j'ai bien compris, là, vous plaidez pour une subvention, que ce soit en forme de crédit d'impôt ou autre, pour les gens dans les régimes privés à un certain niveau de revenus. Est-ce que vous croyez que cette possibilité existe à coût nul pour le gouvernement du Québec?

M. Millette (Yves): Non, ce n'est pas à coût nul. Dans ce cas-là, ce n'est pas à coût nul. Pour les personnes âgées, c'est à coût nul parce que l'assistance est déjà prévue pour l'ensemble des personnes âgées. Dans ce cas-là, ce serait un coût supplémentaire.

Le Président (M. Copeman): Alors, vous reconnaissez, dans votre proposition, qu'il y aurait des coûts supplémentaires, un déboursé supplémentaire pour le gouvernement du Québec si on adoptait une telle politique?

M. Millette (Yves): Bien, effectivement, on étendrait la politique de subvention. C'est comme d'étendre la politique de gratuité des médicaments. Seulement, au lieu de l'étendre uniquement à des assurés

du régime public, on trouve qu'il serait équitable que ce soit aussi étendu au régime privé.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup. Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière des services sociaux.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors, messieurs de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, au nom de l'opposition officielle, je vous souhaite la bienvenue, je vous remercie pour votre mémoire.

• (10 h 10) •

Tout de suite, la première page de votre résumé de mémoire, de votre présentation, j'ai quand même été un peu surprise de ce qui est affirmé. Vous dites qu'il y a un équilibre qui s'est établi entre le régime public et le régime privé, que la croissance des coûts, bon, même si ça peut soulever des inquiétudes, il reste que la croissance des coûts, c'est réparti assez uniformément entre le privé et le public. Et ce que vous nous dites, c'est que 16,7 % d'augmentation a été connu du secteur privé, alors que 14,6 % d'augmentation des coûts a prévalu pour le système public. Selon vous, l'augmentation des coûts, compte tenu qu'elle a été plus grande pour le privé que pour le public, ça s'explique comment, surtout qu'on sait tous que les 65 ans et plus sont vraiment du côté du système public? Alors, comment vous expliquez ça?

M. Millette (Yves): Je reviens à l'explication que je vous disais tantôt, les coûts des personnes âgées, là, il y a une assistance qui est ajoutée dans le coût du régime mais qui n'est pas calculée dans les primes, donc qui n'apparaît pas dans les déboursés, premièrement. Deuxièmement...

Mme Charest (Rimouski): Excusez-moi, j'aimerais que vous parliez un peu plus fort, j'ai un problème.

M. Millette (Yves): D'accord. Je m'excuse, moi, je suis un peu grippé, là, j'ai un peu de problème à parler plus fort...

Mme Charest (Rimouski): ...à matin, ce n'est pas notre matin.

M. Millette (Yves): ...mais on va faire un effort. Excusez-moi. Et, deuxièmement, pour ce qui est des partages de coûts, bien on en a parlé abondamment à venir jusqu'à maintenant, généralement la liste des médicaments remboursés est un peu plus large dans le cas du privé que dans le cas du public. De façon générale, les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché sont généralement remboursés par les assureurs privés plus rapidement que par le régime public. Et finalement la coassurance des régimes privés s'établit encore généralement à 82-20, alors que, dans le régime public, c'est 71,5-28,5. Donc, c'est-à-dire que les assurés du privé déboursent un peu moins à chacune des transactions des prescriptions qu'ils font remplir que les assurés du public. Donc, ce sont ces différences-là qui expliquent la différence de coûts.

M. Hamel (René): Mme la députée, si vous permettez, également l'écart de prix entre ce que les assurés du privé... qui, comme M. Millette le mentionnait, paient le prix usuel et coutumier et les prix pour les assurés du régime public, qui, eux, sont déterminés, cet écart-là s'accroît. L'écart entre les deux, entre ce que nos assurés, les assurés des régimes privés... et ceux des régimes publics, il s'accroît. Et, dans le cadre de la politique actuelle, il risque de s'accroître encore.

Et un autre exemple des raisons de cet écart-là: lorsqu'un médecin prescrit un médicament innovateur et qu'il y a un générique, dans un régime privé, nous devons rembourser, si le médicament innovateur est sur la liste de la RAMQ, nous devons rembourser le prix du médicament innovateur, alors que, dans le régime public, la RAMQ peut rembourser le médicament au prix du générique, sauf s'il y a contre-indication du médecin. Nous n'avons pas cette option-là.

M. Beaudet (Jean-Pierre): Aussi, pour dire que les pourcentages sont en termes relatifs, donc tout dépend du point de départ. Et, si, par exemple, vous avez une population qui est déjà largement plus âgée, il faut regarder ce qui se passe aussi dans le phénomène des travailleurs actifs. On le sait tous, il y a un phénomène de vieillissement. Et, si vous regardez les courbes de consommation, entre autres, de médicaments selon les niveaux d'âge, vous allez voir qu'il y a une forte progression qui se fait lorsque la personne se retrouve à 45, 50 ans. Et on sait qu'avec les soi-disant, les fameux baby-boomers on retrouve beaucoup de ces personnes-là qui présentement sont dans le marché du travail. Donc, c'est en termes aussi relatifs, les augmentations de coûts.

Mme Charest (Rimouski): Écoutez... O.K. Je voulais vérifier plusieurs choses, mais, là, vous avez répondu à quelques-unes de mes questions. On a vu dernièrement que le Barreau a transféré du privé au public. Il y a sûrement d'autres groupes de professionnels ou d'autres travailleurs salariés qui auraient le goût d'emboîter le pas, en quelque sorte. Qu'est-ce que vous en pensez? Pourquoi ça se passe comme ça?

M. Millette (Yves): Écoutez, je pense qu'il y a un problème avec la définition de «groupe déterminé» dans la loi, ce qu'on appelle «groupe déterminé» aux fonctions de la Loi sur l'assurance médicaments, qui fait en sorte qu'on sépare les gens qui doivent aller au privé des gens qui doivent rester au public. On a discuté de cette situation-là avec la Régie de l'assurance maladie, on leur a proposé de modifier la définition d'un groupe déterminé. Il y a aussi un recours judiciaire qui vient d'être introduit par un groupe récemment. Donc, à ce moment-ci, nous, on est obligés d'attendre, voir l'évolution de la situation, mais on pense que cette situation-là doit être corrigée le plus rapidement possible.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Dites-moi, le temps que ça prend — je reviens sur la question des listes de médicaments que vous avez parlé tout à l'heure — est-ce que ça prend plus de temps à un médicament pour être sur la liste dans le privé versus le public ou c'est l'inverse, ça prend plus de temps qu'il

soit sur la liste du public plutôt que sur celle du privé? Est-ce que...

M. Hamel (René): Ce sont des choix des groupes assurés. Les groupes assurés peuvent décider d'adhérer à la liste du public, et donc au rythme d'arrivée des médicaments sur la liste du public, ou sinon d'adhérer à une autre liste. Enfin, il y a plusieurs de ces listes-là, et ce sont des choix des groupes d'adhérer à une liste ou à une autre. Donc, dépendamment des choix des groupes, un médicament peut arriver plus rapidement sur la liste ou non. Mais encore une fois les groupes prennent la décision d'adhérer à la liste de la RAMQ ou d'adhérer à une autre des listes. Alors, c'est variable selon...

Mme Charest (Rimouski): ...environ?

M. Hamel (René): C'est difficile...

M. Beaudet (Jean-Pierre): Bien, en fait, tout dépend lorsque le médicament est approuvé, parce que ce qu'il faut comprendre, c'est que la plupart des listes qu'on retrouve chez nos clients sont, j'appellerais, des listes ouvertes. À savoir la définition des médicaments qui sont admissibles, c'est les médicaments qui ne s'obtiennent que sur prescription, en supposant naturellement qu'il y a un produit d'identification des médicaments. Donc, c'est des listes ouvertes, contrairement à d'autres groupes où on peut avoir une liste... ce que j'appellerais une liste fixe où, à ce moment-là, ça dit: Si le médicament ne se retrouve pas sur cette liste, il n'est pas couvert. Donc, la plupart de notre clientèle, c'est des listes, je vous dirais, assez ouvertes. Donc, si le médicament a été approuvé par Santé Canada, est en circulation, il requiert une prescription, le patient a obtenu sa prescription, il est remboursé.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Merci. Je vais passer la parole à...

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Oui. Merci, M. le Président. M. Beaudet, j'aimerais revenir brièvement sur la question qu'a soulevée la députée de Rimouski, tout à l'heure, concernant les augmentations de coût depuis le début du régime. Alors, si je comprends bien la réponse que vous et vos collègues avez donnée, dans le fond ce que vous nous dites, c'est que l'augmentation des coûts a été légèrement plus élevée dans le privé que dans le public, soit de l'ordre de 16,7 % à 14,6 %, mais qu'il faudrait lire la phrase en ajoutant ceci: Si on ne considère que les primes. Est-ce que j'ai bien compris? Autrement dit, si on exclut la partie de subvention. Est-ce que c'est ça que vous avez répondu?

M. Millette (Yves): Nous, on a parlé, là... les pourcentages qu'on vous a présentés, ce sont les coûts. Et on ne parle pas des primes, là, on parle des coûts. Donc, évidemment, c'est ce qui sert à établir les primes, là, mais ce sont les coûts. Parce qu'on ne peut pas comparer directement les primes avec le régime public.

Nous, on sait le coût des médicaments qu'on rembourse. Donc, c'est au niveau des coûts de remboursement et non pas des primes. Parce que, quand on parle des primes, évidemment ça ne tient pas compte de l'assistance, comme vous avez dit, parce que le régime public tient compte d'un phénomène d'assistance dans sa prime, alors que, nous, il n'y en a pas. Et, nous, on ajoute à nos primes des taxes de vente et... sur primes et taxation des avantages sociaux. Donc, si on parle de primes, on ne peut pas faire de telles comparaisons.

M. Bouchard (Vachon): Très bien. D'un point de vue strictement affaires, vous nous dites avec beaucoup de transparence, là, que vous avez remboursé 1 360 000 000 \$ à vos assurés dans le programme, dans le régime privé d'assurance médicaments. Par rapport aux autres types d'assurances, de régimes d'assurance que vous offrez, quelle est l'importance de ce régime-là dans votre portefeuille d'industrie?

● (10 h 20) ●

M. Millette (Yves): Bien, dans le portefeuille d'industrie, là, je ne pourrais pas vous dire. Dans le portefeuille d'assurance collective, c'est 1 360 000 000 sur 6 milliards, et, au total, je pense que c'est 12 milliards de primes. Alors donc, c'est 1,3 sur 12, là. C'est un 10 %, à peu près.

M. Bouchard (Vachon): Bon, très bien. Donc, à peu près 10 %. Et est-ce que vous êtes en mesure d'affirmer ou de commenter devant les membres de la commission quelle est l'efficacité en termes de rendement de ce programme, de ce régime d'assurance médicaments en rapport aux autres régimes d'assurance collective? Est-ce que c'est un régime qui est autrement dit lucratif pour vous, moyennement lucratif, pas lucratif du tout? Comment vous situez ça dans l'ensemble de vos opérations?

M. Millette (Yves): De façon générale, les régimes d'assurance collective sont très compétitifs, et les marges de profit ne sont pas énormes. Et ça s'applique pour l'assurance médicaments comme pour les autres.

M. Bouchard (Vachon): Est-ce que c'est un secret d'État ou est-ce que vous consentez à nous livrer une appréciation de la marge de profit que vous tirez de ce régime d'assurance médicaments?

M. Millette (Yves): Il n'y a pas de calcul d'industrie des marges de profitabilité de chacune des compagnies, là, ce n'est pas quelque chose qu'on fait.

M. Bouchard (Vachon): Ce n'est pas quelque chose que vous faites entre vous?

M. Millette (Yves): Non. Entre nous, non.

M. Bouchard (Vachon): Mais entre nous, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Beaudet (Jean-Pierre): Et le point qu'on avait déjà peut-être apporté auparavant, c'est le fait que c'est difficile d'isoler une composante. Lorsqu'on regarde l'assurance collective, on regarde l'assurance collective dans sa totalité, et c'est sûr qu'on va regarder certaines lignes, par exemple, comme l'invalidité, on va regarder l'assurance vie, on va regarder l'assurance qu'on appelle l'assurance santé, qui a tendance à inclure l'assurance médicaments. Et on sait que, par exemple, plus de médicaments consommés là peuvent se traduire par des épargnes faites au niveau de l'assurance invalidité, par contre. Donc, c'est difficile de regarder la profitabilité seulement que d'un seul point de vue alors qu'il y a des impacts qui se répercutent sur l'ensemble des garanties.

M. Bouchard (Vachon): Très bien. Moi, je ne veux pas prolonger outre mesure cette conversation sur cet aspect des choses, mais il reste que, pour un néo-pyhte que je suis — j'ai une formation en psychologie et non pas en administration, gestion et commerce — ça semble un peu étrange que vous puissiez dégager les déboursés par programme ou par régime, par exemple l'assurance médicaments, mais que ce soit autrement difficile d'isoler les opérations, les autres opérations.

M. Millette (Yves): Mais je dois vous dire qu'on parle de l'évaluation. Généralement, les évaluations que les assureurs font sont globales. Et, si on le fait pour le régime d'assurance médicaments, c'est à la demande de la Régie de l'assurance maladie du Québec, c'est fait au Québec uniquement. Et c'est fait par sondage parce qu'autrement on n'a pas les données et elles ne se font pas. Donc, pour les fins de comparaison des régimes, on a mis en place un système de sondage qui nous permet de dire à la Régie de l'assurance maladie: Bien, voici le montant de notre participation. Évidemment, notre sondage regroupe 95 % des volumes de primes, là, donc c'est un sondage qui est significatif. Et vous allez remarquer qu'il se fait sur les remboursements, sur les coûts, comme je vous l'ai spécifié tantôt, et non pas sur les primes, parce que, sur les coûts, ça, on est capable de le déduire par les prestations qu'on paie.

M. Hamel (René): Il n'y a pas, dans l'industrie, de partage de marges ou en fait profitabilité par petits segments. Bien sûr, les assureurs ont des états financiers accessibles, mais il n'y a pas ce partage-là au niveau de l'industrie qui se fait. Dans quelle mesure chacun des assureurs a du raffinement dans l'évaluation de sa rentabilité ou de son efficacité, ça varie selon chaque assureur, mais l'industrie ne partage pas ce genre de données là.

M. Bouchard (Vachon): Merci. Si vous permettez, M. le Président, il y a un certain nombre de groupes ou d'organisations qui viennent devant cette commission et qui souhaitent, pour un avenir plus ou moins rapproché, que le régime devienne entièrement public. D'un point de vue de l'assureur privé, je me demandais quels étaient les gains et les pertes, aussi bien du point de vue de la collectivité ou gouvernemental que du point de vue des assureurs et du point de vue des assurés, que vous pouvez dégager lorsque vous êtes confrontés à ce type d'hypothèse.

M. Hamel (René): La partie gouvernementale, je pense, elle a été illustrée à maintes reprises quant aux taxes payées sur ces régimes-là. Et je ne reviendrai pas là-dessus, ça a été illustré à maintes reprises.

Pour les assureurs et les assurés, on se retrouve dans la même situation où, à partir du moment où une part importante de ces régimes-là serait soustraite... ou la partie médicaments serait soustraite au régime privé, on se retrouve, par exemple, du côté de l'assurance maladie, avec des garanties d'assurance collective imputées dans l'assurance médicaments et où il faudrait récupérer là une bonne partie des frais de gestion qui sont... une bonne partie des frais de gestion de tout système, de tout régime, d'une bonne partie de frais fixes. Donc, les régimes d'assurance maladie privés qui resteraient avec les garanties d'assurance maladie qui resteraient devraient supporter les frais des nouveaux régimes amputés de l'assurance médicaments, et ça, autant du côté de... Vous parlez des impacts chez les assureurs comme pour les assurés. Cet impact-là se ferait ressentir aux deux endroits.

M. Millette (Yves): Donc, il y aurait une diminution des revenus des assureurs qui devrait être compensée par une augmentation des primes uniquement pour continuer à offrir les autres garanties. Et, on l'a dit tantôt, il y aurait quelque chose comme 1,5 milliard d'augmentation de taxes pour les consommateurs. Et finalement M. Hamel a été humble, il n'a pas dit que, pour certaines entreprises qui sont plus particulièrement situées au Québec, ça pourrait faire une différence importante dans le maintien des activités ou pas, là, parce que, dans le cas de certaines entreprises, le volume de primes en assurance médicaments constitue une bonne part du chiffre d'affaires.

M. Bouchard (Vachon): Oui, M. Beaudet.

M. Beaudet (Jean-Pierre): Le point effectivement... Concernant les systèmes qui ont été développés au cours des années, des investissements importants ont été faits pour gérer l'ensemble des demandes de règlement dont les médicaments en sont une partie. Alors donc, ça veut dire que ces amortissements-là devraient être faits sur un beaucoup plus petit nombre avec les impacts qu'on vient de parler. On a mentionné les revenus du gouvernement qui sont quand même importants, donc ce serait un manque à gagner assez élevé.

M. Bouchard (Vachon): Vous permettez? Peut-être changer de sujet brièvement...

Le Président (M. Copeman): Effectivement, brièvement.

M. Bouchard (Vachon): Oui. Mais il me semble que vous entretenez deux pistes de réflexion et de solution à un certain nombre de problèmes du régime concernant la redistribution de la richesse et concernant notamment l'atténuation, du côté des plus démunis, là, des primes du système. Et, d'une part, vous dites: Ça devrait être affecté au fonds consolidé, et on devrait éliminer la formule d'assistance de la formule d'assurance.

C'est ce qu'il me semble que vous préconisez comme approche, et, là, je regarde le ministre, puis je me dis: Les batailles qui se font autour du fonds consolidé, là, je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure garantie qu'on puisse éventuellement offrir une couverture pour les plus démunis qui soit vraiment fiable. D'autre part, vous nous dites: On aimerait avoir le même type d'assistance du côté du privé. Alors, c'est comme si vous disiez les deux choses en même temps. Est-ce que j'ai tort de comprendre cela de cette façon-là?

● (10 h 30) ●

M. Millette (Yves): Placez-vous du côté du consommateur. Le consommateur est un payeur de taxes, et donc il paie des taxes au fonds consolidé. Et il achète des services, et notamment des médicaments ou une prime d'assurance médicaments au régime public ou à un régime privé. S'il est au régime privé, il paie ses taxes et il paie son service, mais il ne jouit pas d'une assistance financière à laquelle il aurait droit s'il participait au système public. Parce que, dans le système public, évidemment il y a la gratuité de la prime pour un certain nombre de personnes, mais vous savez aussi qu'il y a un remboursement de la prime ou une déduction de la prime qui est faite à un certain nombre de personnes jusqu'à un revenu qui peut... je ne me souviens pas, de mémoire, si c'est 22 000 \$ ou quelque chose comme ça, mais vous avez des gens dans le système privé qui paient leur prime, qui paient leurs taxes mais qui n'ont pas droit à une assistance, même s'ils gagnent moins de 22 000 \$ par année, alors que, s'ils adhèrent au régime public, ils ne paient pas de taxes et ils ont une assistance à leur prime. On considère que ce n'est pas équitable pour les consommateurs qui paient des taxes. C'est dans ce sens-là qu'on vous dit: Écoutez, il faut que le consommateur, peu importe à quel régime il participe, s'il paie des taxes, il devrait avoir droit aux mêmes avantages que ceux qui participent au régime public.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, on a déjà dépassé de quelque peu le temps imparti. M. Millette, M. Hamel, M. Beaudet, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Et j'invite immédiatement les représentants du Regroupement de promoteurs de régimes privés à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission reprend ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons les représentants du Regroupement de promoteurs de régimes privés, M. Gagnon, bonjour. Comme je le fais pour tous les groupes, je vous explique nos façons de faire: Vous avez 20 minutes pour faire 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.

Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et par la suite d'enchaîner avec votre présentation.

Regroupement de promoteurs de régimes privés

M. Gagnon (Louis P.): Merci beaucoup, merci beaucoup. Alors, tout d'abord, deux représentants de promoteurs de régimes privés, soit: M. Viateur Camiré, à ma gauche, ici, qui est vice-président, Ressources humaines, Abitibi-Consolidated; et M. Luc Fournier, qui est vice-président, Finance, à l'Association des policiers provinciaux du Québec; également deux de mes collègues: Mme Johanne Brosseau, qui est conseillère principale au sein de notre équipe stratégie-santé; et M. Yves Couturier, qui est actuaire et aussi chef de la pratique stratégie-santé chez Groupe-conseil Aon; pour ma part, mon nom est Louis Gagnon, comme vous l'avez mentionné, et je suis le président de Groupe-conseil Aon.

Nous tenons d'abord à vous remercier de nous permettre et de permettre aux promoteurs de régimes d'assurance médicaments privés de s'exprimer sur les propositions formulées dans le document de consultation sur la politique du médicament du gouvernement du Québec. Il faut souligner qu'il s'agit là d'une première occasion, pour les promoteurs de régimes privés, d'être entendus depuis 1997, puisque, lors de l'implantation du régime général d'assurance médicaments, aucun mécanisme n'avait été prévu afin de permettre aux promoteurs de régimes privés, qui assument les coûts des médicaments pour 4,5 millions de Québécois, on l'a entendu tantôt, d'être consultés et de participer aux décisions.

Rapidement, Groupe-conseil Aon est un regroupement qui est une filiale aussi d'une organisation mondiale, troisième firme en importance au monde dans son domaine, et nous conseillons pas moins de 500 clients, à travers le Canada, qui emploient près de 800 000 employés et qui paient annuellement près de 1 milliard de dollars de primes d'assurance. La moitié de cette clientèle provient du Québec, et les quelque 500 millions de primes payés par ces mêmes clients font l'objet de suivis et de conseils par plus de 32 de nos actuaires et conseillers en assurance collective, répartis dans nos bureaux de Montréal, Québec et même Saint-Georges de Beauce.

Nous nous affairons quotidiennement donc à servir des organismes publics et privés et à leur offrir des services de consultation dans tous les domaines touchant la gestion des ressources humaines et en particulier l'assurance collective. Ainsi, au nom de promoteurs de régimes privés que nous représentons, nous avons analysé la politique du médicament afin de bien identifier les conséquences potentielles des propositions formulées sur les régimes d'assurance médicaments dont nous sommes directement ou indirectement responsables.

Compte tenu de l'importance des enjeux, Groupe-conseil Aon, à titre de conseiller, a informé ses clients des résultats de cette analyse, et nous avons donc décidé de rédiger conjointement un mémoire pour exprimer nos préoccupations et avons formé un regroupement de promoteurs de régimes privés dont font partie les promoteurs suivants: bien sûr Abitibi-Consolidated, l'Association des policiers provinciaux du Québec mais aussi Agropur, la Banque nationale de Paris, BCE,

CAE, le Centre canadien d'architecture, la Coop fédérée, Gaz Métropolitain, Kruger, Relizon, Sintra, en plus de bien sûr Groupe-conseil Aon, comme employeur, qui a signé le mémoire. Ces promoteurs de régimes comptent près de 70 000 assurés et paient au-delà de 150 millions de dollars de primes d'assurance. Nous sommes convaincus que notre point de vue est partagé par un nombre encore plus grand de promoteurs de régimes que les seuls signataires de ce mémoire.

Finalement, j'aimerais inviter mon collègue Yves Couturier à livrer les éléments essentiels formulés dans notre mémoire et ainsi résumer notre position conjointe à l'égard du document de consultation sur la politique du médicament.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Couturier.

M. Couturier (Yves): Merci, Louis. J'aimerais tout d'abord clôturer notre présentation sur la base des quatre axes de la politique du médicament. Ces quatre axes sont: l'accessibilité aux médicaments, le prix juste et raisonnable, l'utilisation optimale des médicaments et le soutien de l'industrie pharmaceutique.

En ce qui a trait au premier axe, qui est l'accessibilité aux médicaments, le document de consultation souligne que l'inscription sur la liste de médicaments constitue un enjeu important pour l'État, car cette inscription est un préalable au remboursement des médicaments.

Nous aimerions rappeler que cet enjeu est tout aussi important pour les promoteurs de régimes privés, qui, depuis l'implantation du régime général d'assurance médicaments, en 1997 — le RGAM — sont dans l'obligation de rembourser les médicaments inscrits sur la liste. Par conséquent, nous considérons primordial que les promoteurs de régimes puissent participer à l'établissement de la liste de médicaments au sein du Conseil du médicament. De nombreux intervenants ont d'ailleurs revendiqué une telle participation.

Ceci se justifie d'autant plus qu'il est à notre avis essentiel de considérer l'invalidité, l'absentéisme, la qualité de la présence au travail ainsi que la productivité dans l'analyse du ratio coûts-bénéfices des médicaments et dans l'évaluation de l'efficacité des médicaments pour la population active. Nous pouvons même nous questionner quant à l'existence d'une seule liste de médicaments et des conditions d'autorisation identiques pour des clientèles de tous âges, et ce, sans égard au fait qu'elles soient actives au travail ou retraitées. Pour toutes ces raisons, nous demandons au ministre de permettre la participation des promoteurs de régimes dans l'établissement de la liste de médicaments admissibles au Québec.

Nous supportons également la volonté du ministre de modifier le mandat et la composition actuels de la table de concertation afin qu'on puisse favoriser un véritable partenariat public-privé et d'y décider notamment des règles du RGAM afin de s'assurer qu'elles soient convergentes avec une utilisation optimale des médicaments, du partage équitable du financement garanti par les manufactures pharmaceutiques ainsi que de la coordination des efforts en vue de l'implantation des projets visant l'utilisation optimale des médicaments tant pour les assurés des régimes privés que du régime

public. À notre avis, la table de concertation doit être un lieu pour se mettre d'accord et agir ensemble.

La politique du médicament vise une consommation optimale, une meilleure rentabilité des sommes investies et une accessibilité aux médicaments. Nous sommes donc étonnés par la proposition 7 qui à notre avis réduira l'accessibilité des médicaments pour les patients ambulatoires.

● (10 h 40) ●

En effet, cette proposition entraînera le paiement d'une franchise et d'une coassurance pour la très grande majorité des patients ambulatoires qui jouissent présentement de la gratuité des médicaments. De plus, une grande proportion des médicaments administrés aux patients ambulatoires doivent être entreposés et administrés dans un environnement contrôlé. La proposition ne présente que des désavantages à cet égard.

Si le problème est de régler les comportements déviants de certains hôpitaux et médecins qui suggèrent aux patients d'acheter leurs médicaments à la pharmacie pour administration à l'hôpital et de permettre à une minorité de patients à domicile la gratuité, peu importe le type d'administration, il nous semble que la solution proposée est inadéquate. Si la proposition vise en fait à transférer les coûts du budget des hôpitaux aux régimes public et privés, il faut être conscient que ça entraînera une augmentation significative des coûts globaux pour la société québécoise.

Tel que soumis par l'Ordre des pharmaciens du Québec, le prix des médicaments payés par les hôpitaux... sont soumis à un processus d'appel d'offres, alors que les régimes privés sont soumis au prix usuel et coutumier. Nous sommes donc convaincus que les montants réclamés aux assurés des régimes privés seront significativement plus chers que les montants présentement payés par les hôpitaux pour les médicaments administrés aux patients ambulatoires. Par conséquent, les promoteurs de régimes privés s'opposent à la proposition de transférer aux régimes privés d'assurance les coûts des médicaments administrés aux patients ambulatoires.

Si, par contre, pour des raisons politiques, le ministre décide malgré tout d'adopter la proposition et de transférer les coûts aux régimes d'assurance, nous souhaitons qu'il prévoie des mesures de contrôle du prix d'acquisition de ces médicaments par les pharmaciens et du montant réclamé par ces derniers aux assurés des régimes privés pour limiter l'augmentation des coûts.

Le deuxième axe de la politique du médicament traite justement de l'établissement d'un prix juste et raisonnable. L'élimination de la politique de gel du prix des médicaments inscrits à la liste des médicaments entraînera des hausses de coûts pour les régimes privés. Les promoteurs de régimes souhaitent que le ministre prenne les mesures qui s'imposent pour garantir le traitement équitable des assurés des régimes privés par rapport aux assurés du régime public.

À cet égard, il importe de souligner que nos analyses de médicaments confirment qu'il peut y avoir des écarts très importants entre le montant facturé à la RAMQ et aux assurés des régimes privés pour le même médicament. À titre d'exemple, pour du Betaseron, un médicament utilisé dans le traitement de la sclérose en plaques, les pharmaciens facturent à la RAMQ 1 438 \$,

alors que le montant facturé aux assurés des régimes privés varie de 1 500 \$ à 2 200 \$. Nous supportons donc les propos de plusieurs intervenants qui ont insisté sur le besoin de permettre aux régimes privés de bénéficier, au même titre que la RAMQ, du pouvoir de négociation détenu par le MSSS.

Dans un autre ordre d'idées, nous appuyons la proposition de limiter le prix du premier générique à 60 % du prix du médicament innovateur et à 54 % le prix des autres médicaments génériques.

Toutefois, cette mesure ne représente pas nécessairement d'économie pour les régimes privés. En effet, contrairement à la RAMQ, en raison de la règle de coassurance maximale de 28,5 %, les médicaments privés des promoteurs ne peuvent pas rembourser un médicament innovateur sur la base du prix du médicament générique le plus bas. Les promoteurs de régimes considèrent cette situation inéquitable et inefficace, puisqu'elle empêche les régimes privés de réaliser les pleines économies associées à la substitution générique. Par conséquent, nous recommandons au ministre de modifier les règles du RGAM afin de permettre aux régimes privés de bénéficier complètement des économies reliées à la consommation de médicaments moins chers et aussi efficaces pour les assurés.

Nous aborderons maintenant le troisième axe très important de la politique du médicament, qui est l'utilisation optimale des médicaments. Nous avons effectué, au cours des deux dernières années, plus d'une soixantaine de revues d'utilisation des médicaments pour nos clients, et nos analyses démontrent que l'utilisation des médicaments est loin d'être optimale dans les régimes privés, tout comme c'est le cas dans le régime public. Nous constatons que cette situation est notamment attribuable aux habitudes de prescription, à la méconnaissance des assurés des principes de l'assurance et d'une non-observance au traitement par les assurés.

L'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance médicaments a limité grandement les initiatives des régimes privés en vue de contrôler l'évolution des coûts. La limite de 28,5 % laisse trop peu de marge de manoeuvre pour offrir des régimes qui modulent le niveau de coassurance pour... la consommation de médicaments dont l'utilisation est non optimale. À titre d'exemple, dans nos analyses, les IPP représentent entre 90 % et 100 % des coûts pour les médicaments gastro-intestinaux. Nous ne disposons pas du diagnostic, mais, puisque nos analyses révèlent que cette proportion est du même ordre pour toutes les strates d'âge, nous avons de bonnes raisons de présumer que des médicaments gastro-intestinaux moins chers auraient pu être prescrits.

On peut invoquer la santé publique pour imposer un niveau maximal de coassurance au secteur privé, par crainte que ce dernier prenne des décisions purement financières et dommageables d'un point de vue clinique. À cet égard, il faut noter que la Loi sur l'assurance médicaments permet d'offrir des régimes qui ne prévoient aucun remboursement jusqu'à concurrence du plafond annuel de 857 \$ et l'application d'un remboursement de 100 % par la suite. Pourtant, la loi ne permet pas à un promoteur de régimes qui désire influencer la consommation de certains médicaments

utilisés de façon non optimale de moduler la co-assurance tout en limitant la contribution financière globale de l'assuré en deçà du plafond annuel, même si cette approche est plus généreuse que ce qui est permis par la loi. D'un point de vue purement mathématique, les promoteurs de régimes peuvent appliquer une franchise de 857 \$, mais ne peuvent pas rembourser, à titre d'exemple, 60 % du premier 500 \$ et 100 % de l'excédent, même si cela exige un déboursé maximal de l'assuré de seulement 200 \$, comparativement à 857 \$.

Les promoteurs de régimes privés souhaitent offrir des régimes qui, tout en maintenant un montant de déboursé annuel maximal, permettent une coassurance modulée pour contrôler la consommation maximale de certaines classes de médicaments. Ces classes pourraient d'ailleurs être ciblées, en accord avec le Conseil du médicament, en autant qu'un représentant des promoteurs de régimes en fasse partie.

Pour ces raisons, nous recommandons au ministre d'inclure les promoteurs de régimes privés dans l'établissement des paramètres de remboursement des médicaments. Les promoteurs de régimes ont la crédibilité et la possibilité d'intervenir directement auprès des assurés et de développer des programmes d'intervention personnalisés en fonction de leurs propres facteurs de risque de santé. Ainsi, les promoteurs de régimes peuvent optimiser la santé de leurs employés tout en assurant la viabilité à long terme de leurs régimes d'assurance privés.

Enfin, en ce qui a trait au soutien à l'industrie pharmaceutique, le quatrième axe de la politique du médicament, il importe de souligner que la portion du volume total d'ordonnances et de dollars que représentent les génériques est moindre au Québec que dans d'autres provinces. Le problème réside dans le fait qu'au Québec les médicaments innovateurs sont moins prescrits au profit des médicaments encore protégés par un brevet, ce qui réduit le nombre d'ordonnances qui peuvent faire l'objet d'une substitution générique.

Compte tenu que les médicaments innovateurs ne représentent que 10 % à 15 % des coûts totaux, il est important de réaliser que 75 % des coûts des régimes privés résultent de l'utilisation de médicaments uniques encore protégés par le brevet et pour lesquels aucun médicament générique n'est disponible. La rentabilité des sommes investies dans les médicaments dépend donc de l'utilisation optimale des médicaments brevetés et non de la substitution générique. Or, à l'exception d'un programme d'éducation qui donnera des résultats à long terme, le document de consultation ne propose pas de solution pour réduire les coûts relatifs à l'utilisation injustifiée de médicaments brevetés. Les promoteurs de régimes réitérent donc le fait que les règles actuelles du RGAM constituent des frais à la conception de régimes qui favorisent des changements de comportement chez les assurés. Nous demandons donc d'être davantage considérés dans l'établissement des règles du RGAM.

● (10 h 50) ●

Enfin, nous nous en voudrions de terminer notre présentation sans aborder la capacité financière de l'État et des assurés de défrayer le coût des médicaments. Il est important de préciser que les assurés du secteur privé doivent directement ou indirectement assumer les coûts de leurs médicaments sans aucune subvention de

la part de l'État. Par conséquent, tout comme plusieurs autres intervenants, nous croyons à la nécessité d'étendre l'allègement des contributions proposées pour le régime public aux assurés à faibles revenus des régimes privés. Le régime privé a aussi des employés à faibles revenus.

Comme vous pouvez le voir, il est donc important que les promoteurs de régimes privés puissent avoir un mot à dire dans l'ensemble des éléments reliés à l'accessibilité aux médicaments, que ce soit par une participation au Conseil du médicament ou de toute autre forme de consultation pouvant être jugée appropriée par le ministre, dont la table de concertation.

En conclusion, nous vous remercions d'avoir permis aux promoteurs des régimes privés de s'exprimer sur la politique du médicament. Nous sommes convaincus que la créativité et la possibilité d'intervenir en milieu de travail des promoteurs de régimes privés sont des atouts pour le gouvernement.

Nous espérons qu'à compter d'aujourd'hui le ministre prendra note de la volonté des promoteurs des régimes privés d'être impliqués dans le processus décisionnel, au-delà du simple financement, et de travailler en partenaires avec le gouvernement à cet important et incomparable projet de société qu'est l'utilisation optimale des médicaments. Merci beaucoup.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Brosseau, M. Couturier, M. Gagnon, M. Camiré et M. Fournier, pour votre visite et votre présentation. Si j'avais à retirer un thème de votre présentation, ce serait le fait que vous appelez le gouvernement à un partenariat avec les groupes que vous représentez dans la gestion du médicament. Lorsqu'on parle de partenariat, on parle de partage, on parle de partage de risques et on parle de partage de bénéfices. Donc, à l'intérieur de ce partenariat, comment voyez-vous le partage du risque des clientèles les plus vulnérables? Parce que vous avez dit que vous avez également des gens à plus faibles revenus, mais il y en a pas mal de notre bord, des gens à faibles revenus, et qui sont donc plus sujets à consommer des médicaments; donc partage de risques et partage de bénéfices. Parce que, là, vous demandez que beaucoup des dispositions du régime général d'assurance médicaments soit étendues, il s'agit de dispositions de protection financière essentiellement. Mais, en échange, qu'est-ce que vous offrez aux contribuables et à l'État, en termes de partage de risques et de bénéfices?

M. Couturier (Yves): Je vais oser une réponse. Je vais laisser après ça mes collègues les promoteurs de régimes aussi répondre.

D'une part... et c'est important de considérer qu'actuellement on assume 100 % du coût, soit par le biais de l'employeur ou un partage de prime employé-employeur, pour les employés à faibles revenus, donc il n'y a aucun impact pour le gouvernement. Deuxièmement, comme on l'a mentionné tantôt, je pense que les employeurs... parce que ce n'est pas les assureurs qui paient la taxe de 9 %, c'est les employeurs qui paient la

taxe de 9 %, c'est aussi les employés qui paient les avantages imposables sur les portions de primes d'employeurs qui sont versées. Et je pense que les promoteurs de régimes font une part importante pour payer des sommes d'argent au fonds consolidé et vous aider à partager le coût de l'assistance aux employés à faibles revenus. Je ne sais pas si Viateur ou...

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Couturier (Yves): Oui.

M. Couillard: Oui. Merci, M. le Président. La petite lumière ne s'allume pas; la petite lumière s'allume, là.

Le Président (M. Copeman): Bon!

M. Couillard: Alors, effectivement, il y a une participation, vous l'avez résumée. Cependant, lors de la naissance du régime, on s'en souvient, les groupements d'assureurs privés n'ont pas manifesté beaucoup d'enthousiasme quant à la couverture des personnes âgées à faibles revenus ou des gens sur l'assistance-emploi, et je présume que ce serait le cas actuellement, je pense qu'il faut remettre ça en perspective.

Le partage de risques, je dirais, n'est pas équitable entre les deux assureurs, encore que — je le répète souvent — le régime général d'assurance médicaments et la Régie de l'assurance maladie du Québec n'est pas un assureur au sens réel du terme, puisqu'elle applique des lois et des règlements et ne fait pas de gestion de risques. Vous avez dit vous-mêmes que, dans votre milieu, vous adaptez les primes et les paiements au niveau de risques que vous avez dans les groupes ciblés; la Régie de l'assurance maladie du Québec ne peut pas et ne fait pas ça, elle a une mission plus large que ça.

De la même façon, lorsque vous souhaitez la participation de vos organismes à la confection de la liste du médicament, ça m'amène à vous rappeler que cette liste n'est pas faite en fonction de critères d'assureurs, elle est faite, d'abord et avant tout, en vertu du principe de la valeur thérapeutique des médicaments, de sorte que la perspective dans laquelle nous établissons la liste n'est pas d'abord celle de l'assureur mais d'abord, encore une fois, celle de l'État qui veut encourager l'inscription et le remboursement de médicaments qui ont une valeur thérapeutique prouvée.

Ce qui m'amène sur votre recommandation concernant le prix de référence. Je vais rappeler brièvement de quoi il s'agit: il s'agit de choisir, pour une classe de médicaments, le prix le plus bas et ne payer que ce prix dans un groupe de médicaments brevetés et de laisser l'utilisateur assumer la différence, ceci à l'écart des contributions maximales. Vous suggérez le prix de référence seulement pour ce qu'on appelle les «me-too's». Alors, pour les gens qui nous écoutent, qui doivent se demander: C'est quoi, ça, c'est du chinois?, c'est les nouveaux médicaments dans lesquels il y a un changement assez mineur d'une molécule qui finalement a un effet biologique identique à la version précédente et qui bénéficie cependant du brevet. Alors, on est dans ce monde-là. Vous demandez qu'on instaure le prix de

référence pour ce type de situation là par opposition à ce qu'a fait la Colombie-Britannique, qui, comme vous le savez, l'a adopté pour cinq classes plus larges de médicaments dont, je crois, sauf erreur, les médicaments gastro-intestinaux que vous décriviez tantôt. Pourquoi cette distinction? Pourquoi uniquement pour ce qu'on appelle les copies ou les «me-too's»?

M. Couturier (Yves): Je vais laisser ma collègue Johanne répondre à cette question.

Mme Brosseau (Johanne): En fait, je pense que la position n'est pas aussi spécifique que vous la décrivez. D'une part, je pense qu'il faut statuer sur le fait que, le «Reference Pricing» qui a été adopté en Colombie-Britannique, on ne prétend pas que c'est une panacée en soi.

Je pense que le concept qu'il faut aborder, c'est: si un problème de santé peut être traité par plusieurs médicaments dans une classe thérapeutique et qu'il y en a un ou plusieurs dans cette classe-là qui offrent la même innocuité, qui offrent la même efficacité et, finalement, si on peut en avoir un ou plusieurs qui sont moins chers que d'autres médicaments, pour les régimes privés où on dissocie assistance et assurance finalement, il n'y a pas de logique à payer pour les médicaments plus chers. Donc, le ratio coûts-bénéfices dans le fond ne justifie pas de payer plus cher.

Le prix de référence est une solution parmi d'autres, et je pense qu'avec l'arrivée des médicaments biologiques dans les prochaines années, on trouve que ça coûte cher, mais je pense qu'on n'a encore rien vu. Alors, tôt ou tard, il va falloir se pencher sur la rentabilité des médicaments, c'est-à-dire qu'est-ce qui offre le meilleur ratio coûts-bénéfices pour chacun des dollars investis dans les médicaments. Donc, ce qu'on souhaiterait, c'est... On est d'accord avec les programmes de promotion santé que vous proposez pour arriver à une meilleure utilisation des médicaments nouveaux et plus chers. Mais on sait que ces programmes-là vont prendre du temps avant de produire des résultats, et, nous, on a l'urgence finalement de contrôler nos coûts. Donc, on aurait souhaité envisager d'autres solutions pour améliorer la consommation de médicaments à cet égard-là mais plus à court terme.

M. Couillard: Mais, M. le Président, on sait que le rapport coûts-bénéfices et l'impact sur les autres composantes du système de santé, l'impact sur la population en général fait partie des critères que la loi prescrit au Conseil du médicament, pour employer un terme du domaine des médicaments. Le Conseil du médicament doit utiliser ces critères. On sait qu'ils ne sont pas encore tous en application, notamment ceux que j'ai mentionnés, et que c'est vers 2006 qu'on devrait tous les avoir mis en application, parce qu'on aura réuni un consensus des intervenants pour définir de quoi on parle quand on parle, par exemple, du rapport coûts-bénéfices ou de l'impact sur les autres composantes du système de santé.

Et, toujours dans ce domaine, je dirais, de remboursement différencié des médicaments, votre position se démarque assez nettement de vos prédécesseurs, qui pourtant semblent représenter le même

milieu, en ce qui a trait à la liste d'exception, qui est un mécanisme, rappelons-le, utilisé par tous les régimes d'assurance médicaments publics qu'on connaît et qui est assez efficace pour gérer l'utilisation optimale, entre autres. Eux nous recommandent d'augmenter même la disposition d'exception, et vous avez une position qui est diamétralement opposée alors que vous représentez les promoteurs de ces régimes. Éclairez-nous sur cette différence d'approche.

M. Couturier (Yves): D'une part, je vais juste commencer le début de la réponse. C'est important pour nous, les promoteurs de régimes. Essentiellement, l'assurance médicaments, c'est une dépense, ce n'est pas un revenu. O.K.? Et donc, en conséquence, l'augmentation de la liste des médicaments d'exception essentiellement va entraîner fort possiblement des frais d'administration plus élevés qui vont être refileés aux assurés. Ça, c'est un point de vue purement mathématique, financier. Maintenant, je vais laisser peut-être Johanne expliquer un peu pourquoi, du point de vue plus médical, essentiellement on suggère de réduire la liste des médicaments d'exception.

Mme Brosseau (Johanne): D'abord, la liste des médicaments d'exception, à notre avis, il y a comme trois composantes. Il y a d'abord les médicaments comme les laxatifs, les multivitamines, qui coûtent très peu cher, qui ne représentent absolument pas un risque financier pour l'assuré. Et, pour les gérer dans le système privé, il faut comprendre que chaque demande qu'on gère coûte à peu près 150 \$ ou 200 \$. Et, comme M. Couturier le mentionnait, éventuellement les frais de gestion, ce sont nos promoteurs de régimes et ultimement leurs assurés qui les paient. Donc, il y a une proportion à notre avis de médicaments d'exception qui devraient être retirés de la liste d'exception pour cette raison-là, parce qu'on ne peut pas les gérer, le ratio coûts-bénéfices ne le justifiant pas.

● (11 heures) ●

Il y a une grosse proportion de la liste... Je répète qu'il y a 50 % qui sont des médicaments dont le protocole clinique prévoit l'utilisation préalable d'un médicament de première ligne. Or, moi, j'ai beaucoup aimé la proposition qui a été formulée par l'AQPP qui disait... et c'est quelque chose qu'on travaille depuis longtemps avec nos promoteurs privés, c'est une automatisation du processus, puisque les systèmes, en temps réel, sont capables de voir si, par exemple, dans les 180 jours préalables, il y a eu une utilisation d'un médicament de première ligne, ce qui élimine les frais de gestion associés à une gestion manuelle, et on pourrait autoriser, en temps réel, le médicament de deuxième et de troisième ligne. Et l'AQPP proposait même d'élargir le champ de compétence des pharmaciens pour permettre une substitution thérapeutique, dans un cas de rejet, pour certains médicaments d'exception et dans certaines conditions.

Et le troisième bloc de médicaments d'exception sont à notre avis ceux qui présentent le meilleur ratio coûts-bénéfices, c'est-à-dire avec un volume d'ordonnances qui est relativement restreint et des coûts suffisamment importants soit parce qu'ils coûtent très cher ou soit parce qu'il y a des différences significatives

de coûts entre la première ligne et la deuxième ou troisième ligne, et ces médicaments-là sont fort bien gérés par une procédure de gestion des médicaments d'exception. Mais il faut toujours garder en tête qu'il y a des coûts de gestion à ces médicaments-là.

Alors, le formulaire informatisé, ça règle peut-être une partie du problème, mais ça ne règle certainement pas l'ensemble de ce que je vous présente comme situation au niveau des médicaments d'exception. Mais, en faisant le ménage, en automatisant, ça laisse de la marge de manoeuvre nommément pour éviter de créer une structure parallèle qui s'appelle gestion des patients d'exception. Et je dirais même qu'à la rigueur la proposition qui vise les maladies métaboliques héréditaires, est-ce qu'on aurait pu la gérer à l'intérieur d'un processus de gestion des médicaments d'exception pour éviter la multiplication des structures, des critères et des coûts de gestion?

M. Couillard: Vous avez parlé également des différences de coûts entre les régimes publics et privés, notamment vous avez cité l'exemple du Betaseron, par exemple, entre ce qui est réclamé par le pharmacien au régime public et ce qui est réclamé à l'assureur privé. Quelles sont les démarches que vous avez faites auprès de l'Association des pharmaciens propriétaires ou de l'Ordre des pharmaciens pour essayer de vous ajuster? Parce qu'en théorie il n'y a rien qui vous empêche de conclure des ententes également avec ces organismes-là, l'AQPP particulièrement, peut-être pas l'ordre professionnel mais l'AQPP.

Une voix: Je vais laisser Johanne...

Mme Brosseau (Johanne): Il faut comprendre que les règles de l'AQPP interdisent le dirigisme. Ça veut dire: quand vous êtes membre de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, vous vous engagez à ne pas conclure d'entente spécifique avec qui que ce soit, donc des ententes qu'on appelle «Prefer Network» ou fournisseur privilégié. Donc, il faut comprendre que les assureurs signent avec leur fournisseur de cartes médicaments des ententes, avec l'AQPP, et ça précise effectivement que ni les assureurs ni le fournisseur de cartes médicaments n'ont le droit de s'entendre avec un groupe de pharmaciens. Dans le passé, il y a eu effectivement, pendant un certain temps, des ententes négociées avec l'AQPP de même nature que celles négociées par la RAMQ.

Il faut comprendre, M. le ministre, que vous avez un atout extraordinaire, c'est que vous avez la Loi sur la pharmacie qui vous permet à l'occasion de brandir la menace de ne plus devoir être pharmacien pour être propriétaire d'une pharmacie. C'est clair que c'est dans l'intérêt des chaînes et bannières de protéger cet aspect-là de la Loi de la pharmacie, et vous avez un pouvoir de négociation que nous n'avons pas. Et, quand on lit le mémoire de l'AQPP et qui vous dit... Ils vous reprochent, dans la négociation des honoraires, qu'ils ne sont pas capables de s'ajuster avec ce que vous leur payez pour les assurés de la RAMQ... ce que ça vaut parce que leurs coûts augmentent. Et ils disent clairement, par contre, que, dans le secteur privé, il y a un ajustement automatique.

Alors, il faut comprendre que, nous, nos prix réclamés à nos assurés du secteur privé s'ajustent automatiquement. Puis on peut même penser que c'est une façon aussi d'absorber une partie des coûts qu'ils sont incapables de faire absorber à travers la négociation avec la RAMQ. Donc, on est dans un contexte où on ne peut pas, par une relation de pouvoir, négocier une entente avec l'AQPP comme vous le faites à la RAMQ. Donc, on vit avec l'usuel et coutumier en pensant que la libre concurrence entre pharmacies va réguler un peu les prix qui vont nous être réclamés.

Puis j'en profite pour remercier sur ce que M. Couturier a déjà dit: Si on veut limiter le prix qui est réclamé en établissant un montant maximum admissible, les règles actuelles du RGAM m'obligent à rembourser, minimum, 71,5 % du prix réclamé, même quand il est excessif. Si je refile la différence entre mon montant admissible et celui que le pharmacien va réclamer à l'assuré, éventuellement la somme de ces contributions-là de l'assuré va être comptabilisée contre le plafond de 857 \$ et éventuellement va donner lieu à des remboursements à 100 %.

Alors, voyez-vous comment le contexte politique légal et les règles actuelles du RGAM vont à l'encontre d'un certain contrôle du prix qui est réclamé au secteur privé?

M. Couillard: Oui. C'est fort intéressant. Vous avez, tantôt, mentionné quelque chose, je ne sais pas ce que vous vouliez dire exactement, monsieur qui avez fait la présentation. Je m'excuse, vous êtes tellement nombreux que j'ai de la difficulté avec les...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: ...M. Couturier, vous savez, l'assurance médicaments, ce n'est pas une... c'est une dépense, ce n'est pas un revenu, mais ce n'est certainement pas une activité que vous exercez à perte, là. Éclairiez-nous, là.

M. Couturier (Yves): Non, non, non. Oui, vas-y.

M. Fournier (Luc): Un fait à noter, M. le ministre, la dépense, pour nous, on est, un, des employés, des employeurs, on paie les taxes, on paie les impôts et on paie les primes. C'est ça qu'on est, c'est ça qu'on représente, et c'est pour ça qu'aujourd'hui on se présente devant vous pour vous faire comprendre que le vrai partenariat, ce n'est pas avec une compagnie, c'est avec nous que vous devez le faire pour qu'on puisse s'asseoir avec vous pour regarder nos problèmes communs. Parce que, comme on paie la facture comme le gouvernement, on a les mêmes problèmes que le gouvernement au niveau de l'assurance maladie.

C'est vrai qu'on a des groupes puis que chaque groupe est différent et distinct l'un de l'autre. Cependant, le groupe que vous représentez et les groupes que nous représentons vivons les mêmes problèmes avec des facteurs inflationnistes importants, puis c'est pour ça qu'aujourd'hui on est là et c'est pour ça que pour nous c'est une dépense. Bien, oui, c'est une dépense de plus, parce que, moi, je suis un employé et je paie ma

cotisation, ma prime d'assurance, l'employeur paie 50 %, et vous avez devant vous un syndicat ainsi qu'un représentant du patronat qui sont devant vous, aujourd'hui, pour dire: Il faut contrôler ces coûts-là sans mettre la santé de côté, mais faire en sorte qu'on va optimiser, à ce moment-là, la politique du médicament et les médicaments au Québec.

M. Couillard: Pour poursuivre ce que mon collègue de Vachon demandait à vos prédécesseurs, il y a des groupes qui nous recommandent la création d'un régime public universel. Quelle est votre position sur cette hypothèse en termes d'impact, par exemple, sur les assureurs québécois?

Des voix: Vas-y.

M. Couturier (Yves): C'est ça, le consensus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couturier (Yves): Pour les promoteurs de régimes, je pense qu'une chose qui est excessivement importante puis on a beaucoup de démarches qui sont entreprises à ce moment-ci: il est important de ne pas regarder juste les médicaments comme tels, mais de regarder aussi l'invalidité et de faire un croisement entre les deux pour s'assurer ultimement, essentiellement, que les employés vont pouvoir, un, être traités adéquatement, rapidement, et qu'ils vont être capables de revenir au travail essentiellement le plus rapidement possible.

Et on a la possibilité, compte tenu que les employeurs ont, premièrement, accès directement aux employés, qu'ils offrent des régimes d'invalidité et qu'ils tentent également de contrôler le coût des régimes d'invalidité, je crois que le croisement des médicaments et de l'invalidité ensemble est excessivement important. Et, si on étatisé les médicaments, essentiellement ce croisement-là ne pourra pas se faire à moins qu'il y ait un partage d'information qui permettrait essentiellement... Puis je ne veux pas entrer dans tout l'aspect confidentialité, ça peut se faire, des croisements, sans aller dans le cas par cas, mais ça va être plus facile pour l'employeur d'établir des facteurs de risque et, à ce moment-là, d'établir des programmes de promotion de santé. C'est ce qu'on voit de nos employeurs pour mieux contrôler le coût ultimement.

M. Couillard: Comment est-ce que votre association réagirait si le gouvernement demandait que soit isolée, dans la prime, la partie médicament et, dans la partie médicament, la partie qui correspond à la couverture identique du régime général et celle qui correspond à une couverture supplémentaire?

M. Couturier (Yves): Question très intéressante. De plus en plus, évidemment, la composante médicament prend une place importante, c'est de 70 % à 80 % de la prime d'assurance maladie. Donc, c'est probablement aux alentours de 15 % à 20 % de la prime totale d'assurance. On fait des revues d'utilisation de médicaments pour plusieurs... des promoteurs de régimes et on est capables — puis la question est posée souvent — d'isoler la composante qui est reliée à la liste

de médicaments de la RAMQ et la composante qui est reliée aux autres médicaments prévus et remboursés.

● (11 h 10) ●

C'est important aussi de mentionner que plusieurs employeurs ou plusieurs promoteurs de régimes ont des employés pancanadiens, et il s'avère très souvent beaucoup plus facile administrativement d'avoir une liste globale plutôt que restreindre juste à la liste des médicaments prévue au Québec. Et donc c'est pour ça que la majorité des gros employeurs, pour des fins administratives, ont une liste un peu plus large que la liste du médicament. Et souvent, pour fins d'équité entre des employés des différentes provinces, bien, aussi, ils nous demandent de valider les coûts en conséquence. Et cette information-là est souvent transmise lors de nos revues d'utilisation de médicaments aux promoteurs de régimes.

M. Couillard: Pourtant... la liste québécoise est assez particulièrement généreuse en termes de nombre d'inscriptions, du nombre de médicaments innovateurs inscrits, de la rapidité à laquelle ils sont inscrits. Et, s'il y a quelque chose, j'ai l'impression que la liste québécoise est plus, passez-moi l'expression, plus riche que la liste des autres provinces, non?

Mme Brosseau (Johanne): Je dirais que c'est variable. Vous avez raison, il y a certains médicaments qui font partie des listes standard, qu'on appelle une couverture large, à l'extérieur du Québec, qui ne sont pas sur la RAMQ, mais inversement la liste obligatoire de la RAMQ ajoute des médicaments, ne serait-ce que les médicaments de vente libre, par exemple, qui sont obligatoires, qui seraient autrement exclus. Je rajouterais, parce que M. Couturier a dit que la valeur des médicaments non RAMQ dans un régime dépend aussi beaucoup des clauses spécifiques d'exclusion, comme infertilité, obésité, dysfonction érectile, vaccin, que ça peut varier entre 3 % et 12 %, je dirais, des coûts totaux d'un régime et ça varie en fonction de cela.

Votre question aussi au niveau de la comparaison directe, je ne suis pas certaine que dans le fond c'est dans l'intérêt même de l'État de favoriser un régime qui est strictement régime RAMQ parce qu'à ce moment-là les assurés sont très capables de comparer ce qu'ils paient dans le secteur privé et dans le régime public. Et, vous le savez, on a mélangé un peu la notion d'assistance et d'assurance au niveau du régime public. Alors, je veux dire, quelqu'un a parlé de la terminaison du régime du Barreau, c'est un bel exemple de ce qui peut se produire quand on permet des comparaisons directes.

La Présidente (Mme James): Merci. Mme la députée de Rimouski, la parole est à vous.

Mme Charest (Rimouski): Merci, Mme la Présidente. Madame, messieurs, bienvenue au nom de l'opposition officielle, merci pour votre mémoire. C'est un mémoire d'un regroupement de promoteurs de régimes privés. Il y a combien de regroupements comme le vôtre au Québec?

M. Couturier (Yves): C'est un regroupement unique, à ce moment-ci, en ce qui nous concerne. Il faut

comprendre que l'énoncé de politique de médicament est sorti en quelque part au mois de décembre et que, pour présenter ce mémoire-là, on a dû travailler assez rapidement à mettre en place un regroupement de promoteurs pour faire part de la position. Et donc, à ce moment-ci, c'est un regroupement, je pense, ad hoc, unique, qui va sûrement se poursuivre si on en a l'occasion.

Mme Charest (Rimouski): Parce que vous dites que les promoteurs de régimes privés, vous représentez 4,3 millions de citoyens du Québec — à la page 5 de votre mémoire.

M. Gagnon (Louis P.): Oui. En plus, ce qu'on disait, et ça a été mentionné juste avant nous, c'est que, dans les régimes privés, il y a 4,5 millions d'assurés québécois. Donc, ce sont forcément des régimes privés, par définition, là. Ici, on représente quelque chose comme 70 000 assurés, si vous voulez, dans le groupe des 13 signataires du mémoire, et c'est la nuance qu'il faut faire. Mais les régimes privés, là, protègent au-delà de 4 millions d'assurés.

Mme Charest (Rimouski): ...important de camper qui vous êtes, qui vous représentez. Vous n'êtes pas des compagnies d'assurance, vous êtes des employeurs, des représentants de salariés et vous avez à gérer, à négocier souvent des conventions collectives ou des contrats avec vos employés et tout ça pour...

M. Gagnon (Louis P.): Les assureurs eux-mêmes évidemment.

Mme Charest (Rimouski): ...des bénéficiaires marginaux dont l'assurance médicaments.

M. Gagnon (Louis P.): Tout à fait! Tout à fait.

Mme Charest (Rimouski): Ça, c'est clair pour nous. Donc, je pense que c'est important de le camper.

Écoutez, je reviens à votre mémoire, maintenant qu'on vous connaît un petit peu plus. Dites-moi, je vois, dans la page 3 du sommaire, vous dites que vous voulez un pouvoir décisionnel similaire pour les assureurs et promoteurs de régimes privés. Vous donner ce pouvoir-là, ce serait quoi, le plus pour le gouvernement autant que pour les citoyens et citoyennes, là, que vous représentez?

M. Couturier (Yves): Ce qui est recherché ici, c'est d'une part d'essayer de faire un lien avec tout l'aspect de l'invalidité ou l'absentéisme essentiellement auprès... quand on va mettre en place un médicament sur la liste des médicaments. Il est important... Puis, à chaque fois qu'on doit faire cet exercice-là, je pense que cette préoccupation-là doit être présente, et c'est la préoccupation à laquelle ont fait face nos promoteurs de régimes. Et je pense que c'est un aspect qui à notre avis, à moins d'indications contraires, est un peu défaillant à certains égards, soit parce qu'il manque de données ou soit parce qu'il y a tout un pan de données d'absentéisme qu'on n'a pas dans les statistiques, dont on pourrait probablement faire bénéficier le Conseil du

médicament, par exemple, dans l'élaboration de la liste de médicaments.

Mme Charest (Rimouski): Je reviendrai sur les listes de médicaments puis sur les critères, et tout ça. Par contre, je voudrais tout de suite aborder... À la page 4 de votre mémoire, vous dites qu'on va imposer au secteur privé le transfert des coûts de médicaments pour les patients ambulatoires au privé. Est-ce que vous avez estimé, vous avez évalué les coûts associés à ce transfert, pour vous, pour les personnes que vous représentez?

Mme Brosseau (Johanne): Non. C'est peut-être justement tout le problème associé à cette proposition-là, c'est...

Mme Charest (Rimouski): Parlez plus fort, je ne vous entends pas.

Une voix: Non?

Mme Charest (Rimouski): Non, vous avez juste à parler plus fort.

Mme Brosseau (Johanne): Non. Je vais parler plus fort.

Une voix: Approche-toi.

Mme Brosseau (Johanne): C'est justement une des craintes qu'on a, c'est qu'il est absolument impossible, malgré les efforts qu'on a faits, de chiffrer actuellement quel est le coût des médicaments, pour les hôpitaux, strictement pour les patients ambulatoires. Ce qu'on sait, c'est... Quand on fait des revues d'utilisation, on se rend bien compte qu'à l'heure actuelle il y a des médecins et des hôpitaux qui suggèrent aux patients d'aller acheter leur médication en pharmacie et de revenir se le faire administrer à l'hôpital, en dépit du fait que ce n'est pas autorisé par la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

On est aussi conscients que cette proposition-là vient probablement du fait qu'actuellement, selon le site d'administration, il y a des gens qui ne jouissent pas de la gratuité qui leur est accordée en milieu hospitalier, par exemple quand ils vont dans les CLSC. Mais effectivement, à défaut de savoir de combien de patients on parle et quel montant sera ainsi transféré au régime d'assurance, on a des raisons d'être inquiets.

Et, pour réitérer ce que M. Couturier a dit, ce n'est pas comme si actuellement vous me disiez: Il y en a pour 1 milliard. Une fois que vous aurez transféré ça pour les raisons dont on a déjà parlé, il est clair qu'à cause du prix usuel et coutumier qu'on se fait réclamer dans le privé, à cause du mode d'acquisition des médicaments par les pharmaciens, qui, comme M. Couturier le disait, ne sont pas assujettis à des appels d'offres comme dans le secteur de l'hôpital, donc les pharmaciens vont payer plus cher pour les médicaments, on va nous les facturer plus cher, et, en bout de ligne, la facture qui est peut-être actuellement de 1 milliard, parce qu'on a modifié les mécanismes de paiement, va être de 2 milliards. Il n'y a pas de gain pour la société

québécoise à payer deux fois plus cher pour exactement les mêmes patients et les mêmes médicaments. C'est ça, notre préoccupation.

Et on est aussi préoccupés, je dois le dire, par le fait qu'actuellement on exclut l'oncologie. Mais il n'y a rien qui dit qu'éventuellement on ne va pas donner la responsabilité aux régimes des médicaments pour l'oncologie. Et ça me rappelle un peu la circulaire *Malades sur pied*. En 1997, on l'a abolie, et on avait estimé que les coûts, à l'époque, pour les régimes, étaient de 4 %, 5 %. Les approches de traitement, les nouveaux médicaments font que, par exemple, pour traiter de la schizophrénie ou pour le sida, les coûts sont faramineux par rapport à ce qu'ils étaient avant 1997. Donc, la circulaire *Malades sur pied* a été un transfert important à l'époque, mais qui devient de plus en plus important pour les régimes privés.

Donc, c'est clair qu'on craint que la proposition relative aux patients ambulatoires soit des transferts de coûts importants, maintenant et dans le futur, et c'est pour ça qu'on demande à M. le ministre de penser à une formule qui va garantir que les prix d'acquisition aux pharmaciens ne seront pas supérieurs à ceux des hôpitaux et nous donner des contrôles pour avoir un certain, justement, contrôle sur les prix réclamés par les pharmaciens.

Mme Charest (Rimouski): Dites-moi, à la page 6 de votre mémoire, vous nous parlez, au troisième paragraphe, de réduire les iniquités entre les secteurs public et privé. C'est lesquelles, iniquités... De quelles iniquités vous nous parlez? Pouvez-vous m'expliquer un petit peu plus en détail?

• (11 h 20) •

Mme Brosseau (Johanne): Bien, on peut aborder tout de suite trois iniquités qui ont été abordées ne serait-ce que dans cette présentation-ci. D'abord, les médicaments génériques. Nous, on a l'obligation de les rembourser au moins à 71,5 %. Alors, quand on prétend que les génériques vont être vendus à 60 % du prix de l'innovateur pour le premier et 54 %, si je me souviens bien, pour le deuxième, bien, écoutez, un régime qui rembourse, par exemple, à 100 %, s'ils veulent réaliser pleinement les économies associées aux médicaments génériques, il faut qu'ils réalisent une économie d'à peu près 40 %. Or, si le prix du médicament innovateur est 20 \$ puis on est obligés de le rembourser à 71,5 %, mais que le prix du générique est 10 \$, on ne peut pas le faire, alors que la RAMQ peut, elle, le faire.

Donc, déjà là, il en a une, iniquité, dans les règles de fonctionnement. On a parlé d'assistance aux assurés à faibles revenus dans le régime public, ce qui n'est pas disponible aux assurés à faibles revenus dans le secteur privé. Donc, ça, c'est deux exemples. On parle aussi de fixation des prix à travers une entente négociée avec les pharmaciens, alors que, nous, on est assujettis à l'usuel et coutumier, et ça fait des écarts importants, comme M. Couturier vous a donné l'exemple pour le Betaseron. Donc, tout de suite, là, je vous donne trois exemples d'iniquités, dans les règles de fonctionnement, dans la façon dont on établit les prix.

Mme Charest (Rimouski): C'est quoi, le pourcentage des faibles revenus parmi vos assurés?

M. Camiré (Viateur): ...dans le secteur industriel? Oui.

M. Gagnon (Louis P.): C'est très variable évidemment, par secteurs industriels.

Mme Charest (Rimouski): Je n'ai rien compris, monsieur, parlez plus fort.

M. Gagnon (Louis P.): Excusez-moi. C'est très variable, ça dépend beaucoup des secteurs industriels. Mais, comme vous savez, le régime d'assurance collective typiquement d'un employeur s'applique à tous les employés assurables ou assurés, et donc il y a de toutes les strates de salaires et de revenus dans ces groupes.

Mme Charest (Rimouski): Ça peut varier de combien à combien? Vous n'avez aucune idée?

Une voix: Si on prend un exemple, comme chez toi, Viateur, est-ce que...

M. Camiré (Viateur): Bien, nous autres, chez nous, l'industrie des pâtes et papiers, en général c'est un secteur manufacturier.

Mme Charest (Rimouski): Très bien payé.

M. Camiré (Viateur): Pardon?

Mme Charest (Rimouski): Bien payé, le secteur de pâtes et papiers.

M. Camiré (Viateur): Ah! Absolument. Ah oui! On a un secteur manufacturier avec un niveau de rémunération élevé. Donc, même du côté des scieries, la deuxième transformation, puis tout ça, on est certainement, là, légèrement en haut de ce seuil-là et plus.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Donc, c'est très difficile de savoir la proportion des gens à faibles revenus. J'aurais aussi... Vous me dites que la politique du médicament entraînerait des dépenses administratives supplémentaires. Est-ce que vous les avez comptabilisées, vous les avez identifiées, ou si...

Mme Brosseau (Johanne): Voulez-vous répéter votre question?

Mme Charest (Rimouski): Vous nous dites, à la page 7 de votre mémoire, que «certaines mesures [qui sont] proposées dans le projet de politique du médicament entraîneront des dépenses administratives supplémentaires pour les promoteurs de régimes privés». Lesquelles? Lesquelles et combien? Avez-vous une idée?

Mme Brosseau (Johanne): Oui. Dépenses administratives, c'est sûr que, dans la mesure où, par exemple, on parle de patients d'exception, quand on parle, par exemple, de délimiter les paramètres de remboursement des formulaires qui ne sont généralement

pas couverts actuellement par les régimes privés, c'est sûr qu'il y a des hausses de coûts là. Mais je pense qu'on voulait surtout parler de la proposition n° 7, qui est un transfert des coûts pour les patients ambulatoires. Il faut comprendre aussi que, quand vous élargissez la couverture, on paie, nous, des frais d'administration aux assureurs, et surtout quand on demande une gestion par exception. Il va falloir contrôler nommément que les médicaments ne sont pas administrés à des patients hospitalisés versus des patients ambulatoires.

Mme Charest (Rimouski): Merci. Vous nous parlez aussi du coût des médicaments, et vous parlez même d'établir en quelque sorte des listes différentes pour des personnes non actives versus des personnes actives, à la page 9 de votre mémoire, quand vous dites: «La nécessité de favoriser la couverture de certains médicaments, bien que coûteux, pour permettre aux travailleurs d'être productifs et présents au travail, nous semble évidente.» Parce que, là, vous parlez du type de médicaments qui sont privilégiés versus d'autres que vous... en tout cas, vous remettez en question l'efficience, l'efficacité, le coût économique. Tout ça se retrouve également dans votre dernier paragraphe, la page 8, là. Alors, ça, ça me fait un peu, un peu grincer des dents, parce que je ne comprends pas comment ça pourrait être applicable et comment ça pourrait se faire de façon tout à fait juste et équitable pour l'ensemble des personnes qui paient pour une assurance médicaments.

M. Couturier (Yves): Enfin, je ferais juste rajouter une petite précision. Je pense que les promoteurs de régimes, en soi, ce qu'ils disent, c'est que, les médicaments, s'il y a un médicament très coûteux mais qui peut ramener la santé aux employés, les ramener au travail plus rapidement et avec un rapport qualité-prix en conséquence, il n'y a aucune objection de rajouter ces médicaments-là à la liste de médicaments, alors que, dans d'autres contextes, pour d'autres types de situations, comme un retraité par exemple, peut-être qu'on pourrait décider de ne pas nécessairement rajouter ce médicament-là, compte tenu qu'il y a déjà un médicament existant qui peut être administré, par exemple, de façon plus mécanique plutôt qu'automatique. Et, à cet égard-là, il pourrait être décidé de ne pas l'inclure, alors qu'il y aurait un bénéfice pour les employeurs de l'inclure dans la liste de médicaments. Ça fait que peut-être, Johanne, tu peux préciser en donnant un exemple.

Mme Brosseau (Johanne): Je pense que ça ne va pas dans le sens de la réduction de la liste de médicaments, et au contraire c'est qu'on pense que le Conseil du médicament actuellement tient compte de la notion de productivité, d'absentéisme, d'invalidité. Il faut comprendre que, quand le régime public assure les adhérents, ils n'ont pas de responsabilité de paiement des coûts de l'invalidité par exemple, alors que, pour nos promoteurs de régimes privés, c'est le cas. On ne peut pas gérer les médicaments et l'invalidité en silo, il y a un lien entre les deux. Alors, souvent, nos promoteurs de régimes privés sont prêts à payer des médicaments que peut-être, si on ne considérait pas l'absentéisme, l'invalidité, etc., on trouverait qu'il n'y a pas un bon ratio coûts-bénéfices. Donc, je pense que notre position, c'est

plutôt de dire: On aimerait ça être au Conseil du médicament pour amener ces notions-là dans l'évaluation du ratio coûts-bénéfices, et on pense qu'il y a des fois que peut-être que, nous, on serait favorables à l'inclusion d'un médicament qui est jugé profitable ou rentable, si on veut, en tenant compte des autres éléments de coûts dont les promoteurs de régimes privés sont responsables.

Mme Charest (Rimouski): Écoutez, est-ce que selon vous les nouveaux médicaments sont inscrits plus rapidement dans le secteur privé que dans le secteur public, ou si... J'ai posé la question à l'autre groupe avant vous, je veux valider un peu les réponses de tout le monde. Alors, je pose la même question.

Mme Brosseau (Johanne): Bien, c'est sûr, parce que c'est la façon dont les contrats d'assurance sont libellés. Je pense qu'il y a une grande évolution, au Québec, particulièrement chez les assureurs, qui d'abord ont pris un certain temps, je pense, à reconnaître que les médicaments d'exception, on n'avait pas l'obligation de les rembourser de façon automatique, on avait l'obligation de les rembourser à certaines conditions. Mais il y a une méconnaissance profonde, je dirais, des gens des mécanismes propres à l'assurance privée. On se rabat toujours sur un contrat d'assurance, et les assurés disent toujours: J'ai un assureur pourri, il ne veut pas me rembourser. L'assureur est payé pour gérer un contrat dont le contenu est décidé par les promoteurs de régimes privés, parfois conjointement à l'intérieur d'un comité paritaire, parfois la prime est payée 50-50, employé-employeur, etc. Quand un contrat dit: On va rembourser tout ce qui est disponible sur le marché et qui est prescrit, c'est sûr qu'on le rembourse automatiquement quand le médicament arrive dans le marché. Quand le contrat dit: On rembourse strictement les médicaments qui requièrent une ordonnance, c'est sûr que, quand un nouveau médicament arrive, on le couvre, c'est ce que le contrat dit. Donc, oui, en général, on a des libellés de contrat qui font en sorte que, dès qu'un nouveau médicament arrive dans le marché, surtout s'il requière une ordonnance, on va le couvrir dans le secteur des régimes privés.

Mme Charest (Rimouski): Merci, madame, messieurs.

La Présidente (Mme James): Alors, merci. Merci, Mme Brosseau, M. Couturier, M. Gagnon, M. Camiré et M. Fournier, pour votre présentation de la part du Regroupement de promoteurs de régimes privés.

Et je demanderais maintenant aux représentants du Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain de prendre place pour leur présentation. Merci.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme James): Alors, bonjour. Bienvenue, M. LeBlanc. Bienvenue à la commission parlementaire et parmi nous. Je comprends que c'est votre première présentation aujourd'hui. Vous aurez 20 minutes pour présenter votre mémoire, ensuite nous

allons procéder à la période d'échange avec les parlementaires. Alors, la parole est à vous.

Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain (CSVMM)

M. LeBlanc (Michel): Merci. Je remercie la commission d'avoir accepté d'entendre la position du Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain sur la proposition de politique du médicament.

● (11 h 30) ●

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je vais prendre quelques minutes pour mettre en situation la mobilisation de la grappe des sciences de la vie et aussi son positionnement. La mobilisation de la grappe des sciences de la vie du Montréal métropolitain a débuté en 2001 sous l'impulsion, à l'époque, de Montréal International. Comme vous le savez sûrement, Montréal International est un organisme privé à but non lucratif dont la mission est de contribuer au développement économique du Montréal métropolitain et d'accroître son rayonnement international.

Dans le cadre de cette mission, Montréal International a initié une démarche qui a conduit à l'élaboration d'un plan d'action pour accélérer le développement de la grappe des sciences de la vie, et ce plan comportait 25 recommandations qui interpellent l'ensemble des décideurs. L'objectif du plan, c'est que la région de Montréal figure parmi les chefs de file mondiaux dans le domaine des sciences de la vie et que ça se traduise par la création d'au moins 16 000 nouveaux emplois additionnels d'ici 2010. Cet objectif-là implique dans le fond de doubler le rythme de création naturel d'emplois qu'il y avait dans la région métropolitaine depuis 15 ans, c'est-à-dire de passer de 1 000 nouveaux emplois nets par année à 2 000 emplois.

Quand je parle de la grappe des sciences de la vie, je parle essentiellement de toutes les entreprises, les centres de recherche, les institutions qui oeuvrent dans le domaine de la biotechnologie, les grandes sociétés pharmaceutiques, des sociétés de recherche à contrat, des sociétés de technologie médicale, que ce soit au niveau de la bio-informatique ou des entreprises d'équipement et de fourniture.

La mise en oeuvre du plan d'action dont j'ai parlé repose sur l'implication des membres d'un comité qui s'appelle le Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain, qui comprend 34 membres, et dont la liste des membres a été fournie en annexe du mémoire. L'objectif de ce comité est d'identifier les enjeux qui entravent le développement du secteur, et d'identifier les meilleures solutions, et ensuite de stimuler l'ensemble des décideurs pour mettre en oeuvre ces solutions. Et nos travaux nous ont amenés à examiner de près toutes les conditions nécessaires pour stimuler le développement des entreprises déjà actives dans la région, accélérer la création d'emplois à haute valeur ajoutée et mieux positionner notre grappe vis-à-vis de nos concurrents ailleurs en Amérique du Nord et en Europe.

Si je suis ici, devant vous, aujourd'hui, c'est donc à la demande formelle de ce comité. Et pour ma part je suis un économiste de formation. J'ai débuté ma carrière, il y a 20 ans, au ministère des Finances du

Canada, et, après avoir été directeur de recherche à l'Institut de recherche en politiques publiques, j'ai travaillé chez Secor, pendant six ans, comme consultant, et, depuis donc trois ans, je travaille avec les membres de la grappe pour accélérer son développement.

Je voudrais vous rappeler que toutes les régions métropolitaines dynamiques possèdent des emplois dans des grappes industrielles différentes. Seulement quelques-unes de ces agglomérations et seulement quelques-unes de ces grappes se distinguent à l'échelle internationale. Les sciences de la vie constituent l'une des rares grappes innovantes de la région de Montréal qui soient réellement compétitives à l'échelle internationale. En moins de 20 ans, notre grappe est devenue le plus important pôle de recherche dans ce secteur au Canada et se situe au huitième rang en Amérique du Nord. La grappe emploie plus de 37 000 scientifiques, gestionnaires et techniciens de haut niveau répartis dans plus de 540 entreprises et 125 centres de recherche dans la région.

La grappe possède une caractéristique rare, enviable et déterminante: il s'agit d'une concentration particulièrement bien intégrée tout le long de la chaîne de création de valeurs. On trouve à plusieurs endroits dans le monde des concentrations qui se limitent à des noyaux d'entreprises, comme en biotechnologie — Vancouver est un exemple, San Diego est un autre exemple. La grande richesse de notre grappe, c'est de mettre en synergie toutes les étapes, à partir de la recherche fondamentale jusqu'au développement d'innovations et à leur commercialisation, en pouvant s'appuyer sur la présence d'une très riche expertise en recherche clinique et d'un noyau très dynamique d'entreprises en bio-informatique et en technologie médicale.

Notre action porte d'ailleurs sur l'ensemble de cette chaîne. Je pense que vous avez déjà entendu Paul L'Archevêque, de Génome Québec, qui vous a expliqué comment on travaille: à partir de la recherche fondamentale, en fonction du transfert technologique, par la suite sur les dossiers de financement des entreprises et finalement sur la commercialisation des produits. Et je ne vous répéterai pas ici tout le tableau d'ensemble, mais c'est simplement pour vous dire à quel point la façon dont on travaille fait, je pense, consensus sur la grappe.

Les sciences de la vie, comme je le disais, font l'envie de plusieurs intervenants dans plusieurs territoires. Dans la mesure où nous bénéficions, au Québec et à Montréal, d'avantages concurrentiels importants, pour nous il est important et il est presque essentiel de bonifier nos avantages et de maintenir le leadership. À cet égard, et j'y arrive donc au sujet d'aujourd'hui plus spécifiquement, il nous semble primordial de bien calibrer notre politique du médicament.

Nous sommes conscients évidemment des pressions qu'exerce, sur le budget de l'État, l'accès à de nouveaux médicaments qui demandent souvent un prix significativement plus élevé que les médicaments plus anciens, que ce soient ceux que les nouveaux médicaments remplacent quand il s'agit d'une amélioration... ou encore que le prix moyen, lorsqu'il s'agit d'un médicament qui est entièrement novateur.

Cependant, ces prix plus élevés méritent une explication. Les paramètres de coûts, dans le domaine

biopharmaceutique, répondent à une logique implacable qui vous est sans doute, maintenant ou depuis le début, bien connue. En effet, les nouveaux médicaments, lorsqu'ils sont mis en marché, doivent supporter les dépenses qui ont été encourues non seulement pour ce médicament-là, mais pour tous les essais infructueux qui ont été entrepris pour d'autres médicaments autour. Donc, pour développer un nouveau médicament, les chiffres qui sont révélés par l'industrie nous disent que 10 000 molécules en général doivent faire l'objet de recherche au départ, au niveau préclinique, et 1 000 d'entre elles passeront au stade des études cliniques. Les estimations dont nous disposons chiffrent ce coût entre 700 et 800 millions de dollars par nouveau médicament.

Il est très important par conséquent, disons, de calibrer les paramètres de la politique du médicament. La politique du médicament régit, comme vous le savez, les conditions de commercialisation des nouveaux produits, notamment l'accès au marché, l'existence de produits concurrentiels et le prix des médicaments. Elle détermine, par le fait même, la rentabilité ultime des efforts de recherche dans ce secteur. Une politique trop restrictive peut avoir des effets très néfastes sur les patients. Parce que, si ces nouveaux médicaments ne sont pas éligibles aux programmes de remboursement, la politique limite l'accès rapide des citoyens aux améliorations apportées par un nouveau médicament. Ou, si les prix payés dans le cadre d'un programme de remboursement sont trop faibles, les entreprises ne peuvent récupérer le coût de découverte, ce qui décourage, par le fait même, des investissements massifs qui seront requis pour découvrir de nouveaux médicaments.

À cet égard — et c'est important, il nous semble — il nous faut tenir compte du contexte international dans lequel opère l'industrie des sciences de la vie, et en particulier l'écart entre les conditions de marché que nous offrons ici et ce que l'on retrouve aux États-Unis, nos voisins immédiats. Un écart trop grand lance un signal confus sur l'intérêt que nous portons dans la recherche biopharmaceutique, qui laisse croire qu'en dépit de nos politiques générales de soutien à la R & D et de nos investissements publics en recherche fondamentale nous ne sommes pas si intéressés par la production et la commercialisation du résultat ultime de la recherche fondamentale en sciences de la vie.

En un mot, un accès trop limité aux nouveaux médicaments contredit les fondements mêmes de notre politique d'innovation dans le domaine des sciences de la vie et met en péril à long terme l'apport des sciences de la vie à la prospérité des Québécois.

Notre analyse de la proposition de politique du médicament part de notre compréhension des enjeux qui affectent le développement de la grappe du Montréal métropolitain et aussi les opportunités qui se présentent devant nous. De manière générale, la proposition de politique du médicament s'inscrit pleinement dans la stratégie que nous préconisons, au Comité des sciences de la vie. Donc, derrière ce mémoire se cache un appui à la proposition générale.

Sans revenir sur chacune des propositions ministérielles, nous désirons cependant attirer votre attention sur certains aspects de la politique. Tout d'abord, à notre avis, la politique du médicament devrait reconnaître la valeur globale du médicament en tant

qu'option thérapeutique. En effet, la santé des Québécois et leur qualité de vie seront mieux servies par une politique du médicament qui intègre l'ensemble de la valeur économique du nouveau médicament. Ceci inclut donc non seulement les bienfaits qu'un médicament représente pour la santé humaine, mais également les coûts évités ailleurs dans le système de santé et les impacts économiques de la recherche biopharmaceutique réalisée au Québec. Nous encourageons le gouvernement à reconnaître cette valeur globale du médicament dans le préambule de la politique.

Par ailleurs, la politique du médicament doit offrir un environnement d'affaires qui rassure les entreprises innovatrices sur la volonté du Québec d'être à l'avant-garde de l'innovation en sciences de la vie et qui maintienne la position de leader du Québec vis-à-vis les autres provinces. Pour ce faire, nous formulons certaines recommandations plus spécifiques.

Nous recommandons que le préambule précise que le choix d'inscrire ou non un médicament novateur tiendra compte du fait que ces médicaments ont été découverts, dans des laboratoires, au Québec. Nous recommandons que le Québec hausse le nombre de médicaments novateurs inscrits sur la liste de médicaments remboursés afin d'être perçu comme offrant un environnement propice à l'innovation. Nous appuyons la proposition ministérielle 31 qui préconise de «maintenir la règle de 15 ans dans sa forme actuelle». Nous préconisons que le prix des médicaments inscrits sur les formulaires soit ajusté annuellement pour refléter le taux d'inflation. La proposition ministérielle 12, dans sa forme actuelle, ne semble pas permettre cet ajustement annuel.

● (11 h 40) ●

Nous croyons que la formulation de la politique du médicament constitue un moment propice pour affirmer que le Québec encouragera le développement d'une expertise de calibre mondial sur l'utilisation optimale des médicaments. Cette expertise sera bien évidemment utile pour la santé des Québécois et elle constituera également une avenue prometteuse pour attirer ici des mandats internationaux de recherche clinique.

Enfin, la politique du médicament doit s'inscrire dans une stratégie qui intègre les politiques de santé et les politiques industrielles. Cette voie doit être favorisée par la création d'un comité interministériel permanent, au sein du gouvernement du Québec, qui regroupera les ministères de la Santé, du Développement économique et des Finances afin d'harmoniser sur une base permanente les politiques de santé et de développement économique applicables au milieu des sciences de la vie. À cet égard, nous ne pouvons qu'applaudir la présence du quatrième axe de la politique du médicament, et en particulier la proposition ministérielle 34 qui vise à mettre en place un comité de ce type.

Si la proposition de politique du médicament s'inscrit pleinement dans la stratégie que préconise le Comité des sciences de la vie, nous estimons qu'elle devrait néanmoins servir de point de référence pour négocier une entente globale visant à hausser de manière permanente le réinvestissement annuel en recherche et développement au Québec par l'industrie biopharmaceutique. Dans l'état actuel des choses, l'industrie biopharmaceutique au Canada présente une

intensité de la recherche en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE. En dépit de la croissance observée à la fin des années quatre-vingt-dix et de la grande qualité des activités de recherche entreprises au pays, le Canada demeure derrière les autres pays industrialisés en termes de dépenses de R & D par rapport aux ventes domestiques. Alors que le Canada représente 2 % du marché pharmaceutique mondial, il ne s'approprie que 1 % des dépenses de R & D.

Lorsqu'on analyse l'investissement annuel en R & D par rapport aux ventes réalisées sur le territoire canadien, si je prends un autre axe pour l'analyser, on observe que l'industrie biopharmaceutique réinvestit en R & D environ 10 % de ses revenus canadiens — et ce chiffre est en baisse, les derniers chiffres nous disent qu'on a franchi à la baisse la barre des 10 % — alors que la moyenne, dans les pays développés, est de 19,5 %. La région de Montréal et le Québec s'en tirent mieux — c'est tout à notre honneur — avec un ratio de réinvestissement en R & D, au Québec, qui représentait 19,3 % des revenus aux derniers chiffres disponibles. Malgré tout, malgré cette performance de 19,3 qui, je le rappelle, est à peu près à la moyenne des pays développés, la performance du Québec demeure bien inférieure à celle d'un petit pays comme la Belgique, où 28 % des revenus sont réinvestis en R & D. L'exemple de la Belgique est inspirant pour nous parce que la Belgique, comme le Canada et le Québec, n'a pas de champion biopharmaceutique national. Lorsqu'il y a un siège social d'une grande société biopharmaceutique, la tendance est à un surinvestissement en R & D par rapport aux autres régions.

Il nous apparaît donc tout à fait réaliste d'exiger des grandes sociétés pharmaceutiques des niveaux de réinvestissement qui correspondent à ce que l'on observe ailleurs. Si on passait au ratio de réinvestissement observé en Belgique, l'investissement annuel en R & D, au Québec, croîtrait de 25 % par rapport aux niveaux actuels, en excluant évidemment l'impact de la hausse éventuelle des revenus de l'industrie. Adopter comme objectif de rejoindre les taux de réinvestissement observés au Royaume-Uni aurait un impact encore plus important.

Cette entente globale pourrait être calibrée de façon à stimuler la création d'alliances entre les entreprises de biotechnologie québécoises et les multinationales pharmaceutiques. Je vous dirais que, pour les entreprises de biotechnologie, une grande partie du développement de leurs découvertes est trop coûteuse pour qu'elles l'assument elles-mêmes et elles doivent donc souvent le faire via des alliances avec les grandes sociétés pharmaceutiques. Un des intérêts d'obtenir une alliance globale sur les réinvestissements R & D, qui rendrait admissibles les sommes investies via des alliances... donnerait une bouffée d'air financière à nos sociétés de biotechnologie québécoises. Et, dans ce contexte, cette alliance globale pourrait être utile non seulement pour la création d'emplois dans le secteur pharmaceutique, mais pour la création d'emplois dans les biotechnologies. Donc, à notre avis, le gouvernement du Québec devrait s'assurer que sa politique du médicament encourage de telles alliances.

Il reviendra évidemment au gouvernement du Québec et à l'industrie de déterminer les paramètres

d'une éventuelle entente. Toutefois, nos travaux nous indiquent clairement que le Québec et Montréal sont dans une excellente position pour saisir une part substantielle de la croissance anticipée du marché mondial du médicament, et plus spécifiquement pour attirer ici des investissements internationaux et la création d'emplois.

Le gouvernement du Québec doit adopter une approche de leadership au niveau canadien dans le secteur biopharmaceutique. À cet égard, l'adoption de la nouvelle politique du médicament constitue un événement marquant, pas juste ici, mais pour l'ensemble du Canada, susceptible de confirmer la position de leader du Québec en matière d'accès aux médicaments novateurs au Canada. À notre avis, l'adoption de la politique doit s'inscrire dans une stratégie globale visant deux objectifs complémentaires: convaincre les entreprises locales et étrangères que le Québec est la province qui saisit le mieux les exigences de l'innovation dans ce secteur et qui offre le milieu le plus porteur pour investir en recherche et développement. Je pense que la poursuite de cet objectif-là va de soi, c'est une évidence que, si on est bien perçu par les entreprises qui investissent au Canada, elles investiront davantage au Québec et à Montréal.

Il faut amener évidemment aussi les gouvernements des autres grandes provinces et le gouvernement fédéral à reconnaître l'importance de l'innovation biopharmaceutique et à adopter des politiques qui donnent un juste accès aux médicaments novateurs. Ce deuxième objectif, pour certains, mérite certaines explications parce que ce que ça veut dire, c'est qu'il faudrait convaincre les autres provinces et le fédéral d'adopter des politiques comme les nôtres ou en partie comme les nôtres, ce faisant réduisant notre avantage concurrentiel.

Toutefois, cette explication, elle est simple. Les travaux que nous menons depuis 2002 pour accélérer le développement de la grappe ont révélé l'importance de la réputation du Canada pour attirer des investissements au Québec et dans la région métropolitaine. En d'autres termes, pour convaincre les grandes sociétés biopharmaceutiques d'accroître leurs investissements dans le Montréal métropolitain, il nous faut d'abord pouvoir faire la démonstration que le Canada, et pas juste le Québec, est une terre d'accueil réceptive à l'innovation biopharmaceutique.

Pour cette raison, nous avons besoin que le gouvernement fédéral adopte un corpus de politiques qui renforcent la position concurrentielle du Canada et de facto celle du Québec et de Montréal. Ce corpus touche les éléments suivants: nous avons besoin d'un régime gouvernant la propriété intellectuelle qui soit clarifié, stabilisé et aligné sur celui de nos principaux concurrents, les États-Unis et l'Union européenne; le processus d'approbation des nouveaux médicaments du Canada doit être harmonisé avec celui de ces mêmes deux concurrents, l'Europe et les États-Unis; et le gouvernement fédéral doit — et je pense que le ministre en parlait aujourd'hui — utiliser tous les moyens dont il dispose pour freiner le marché gris du médicament canadien vendu aux Américains. Nous encourageons donc le gouvernement du Québec à continuer ses efforts pour convaincre le gouvernement du Canada d'adopter ces mesures.

Il est important de se servir de notre position de leader pour influencer le reste du Canada. Il nous faut expliquer et faire accepter par le reste du Canada qu'un pacte du médicament est aussi important pour l'économie québécoise que le Pacte de l'automobile l'a été pour l'Ontario. Et, qu'on se le dise entre nous, rien n'empêche le Québec de se tailler la part du lion d'un éventuel pacte du médicament, comme l'Ontario l'a fait dans le cas de l'automobile.

Je conclurai en disant que la réflexion amorcée doit conduire le gouvernement à se doter d'une philosophie de l'accès aux médicaments. Nous sommes convaincus que le Québec a tout à gagner s'il adopte une approche dynamique qui assure aux Québécois un accès aux meilleurs médicaments disponibles et rassure l'industrie biopharmaceutique sur les conditions de marché pour le médicament novateur. Nous comprenons qu'il est ardu d'adopter une politique du médicament qui appuie l'innovation et qui en reconnaisse pleinement la valeur alors que les pressions sur les finances publiques sont énormes. Soutenir l'innovation est cependant la seule voie responsable. Nous pensons que la prospérité des Montréalais, et par extension celle de l'ensemble des Québécois, repose sur notre capacité de demeurer compétitifs dans les domaines où l'excellence et la créativité sont des facteurs décisifs et où nous avons déjà un avantage concurrentiel. Les sciences de la vie sont un de ces secteurs-là.

En terminant, permettez-moi de réitérer quatre messages clés du mémoire. D'abord, la configuration de la politique du médicament du gouvernement du Québec aura un impact déterminant sur l'innovation en sciences de la vie au Québec et sur l'avenir de la grappe des sciences de la vie du Montréal métropolitain.

Ensuite, l'adoption de la politique du médicament devrait se faire dans une perspective globale des coûts du système de santé qui intègre la valeur du médicament comme outil thérapeutique alternatif à d'autres types d'interventions.

Troisièmement, dans sa version actuelle, le projet de politique du médicament comporte des éléments positifs pour le développement de l'industrie qui, s'ils sont bien calibrés, contribueront à maintenir la position de leader du Québec dans le secteur et renforceront le dynamisme de la grappe du Montréal métropolitain.

Et enfin nous croyons qu'en contrepartie d'une politique du médicament qui reconnaît la valeur de l'innovation le gouvernement du Québec devrait négocier avec l'industrie biopharmaceutique une entente globale pour accroître les montant réinvestis en R & D au Québec. En contrepartie d'un système de commercialisation de classe mondiale, le Québec et la grappe des sciences de la vie du Montréal métropolitain doivent bénéficier d'investissements de classe mondiale. Je vous remercie de votre attention.

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

● (11 h 50) ●

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. LeBlanc, pour votre fort éloquente présentation. Effectivement, nous partageons votre opinion tant qu'à la nécessité d'intégrer dans la politique du médicament

le versant de la prospérité qui permet de créer les richesses collectives nécessaires à la redistribution sous forme de programmes sociaux, entre autres l'assurance médicaments. C'est la raison pour laquelle de garder ces deux éléments à distance m'apparaît tout à fait artificiel et contreproductif parce qu'on risque de garder les deux éléments désintégrés, alors qu'ils devraient essentiellement faire l'objet d'une intégration qu'il faut calibrer cependant. Et je pense que la fin de votre message est importante.

Je dirais qu'on pourrait certainement affirmer que, tous gouvernements confondus, depuis 10 ans, le Québec a fait plus que sa part en ce qui a trait aux politiques de soutien et d'accueil de l'industrie pharmaceutique — vous-même le reconnaissez dans votre présentation — qu'on pense au maintien de la règle de 15 ans, qu'on pense à la non-adoption du prix de référence, qu'on pense également aux mesures fiscales sous forme de crédits d'impôt pour recherche et développement qui existent chez nous.

Je crois qu'il y a une tendance d'accueil, au Québec, qui doit être certainement reconnue ailleurs et reconnue à sa juste valeur, d'autant plus que ce que je perçois de la tendance, que je qualifierais d'extra-québécoise, au Canada n'est pas dans la même direction. Si je me fie aux commentaires récents de mon collègue fédéral, on va là-bas, semble-t-il, vers un resserrement des règles régissant les brevets. Les règles d'inscription à la liste, telles que reconnues par le Common Drug Review, sont parfois beaucoup plus restrictives que ce que nous avons, nous, au Québec, historiquement, en matière de rapidité d'inscription et d'inscription de médicaments innovateurs.

Et la question que je me pose — et je vous demanderais de faire cette appréciation globalement, avant qu'on aille dans les détails: Compte tenu de ces immenses efforts que le Québec fait, depuis des années, pour maintenir son visage d'accueil à l'industrie biopharmaceutique, dont nous reconnaissons la valeur stratégique pour notre société, est-ce qu'à l'inverse on peut dire que le Québec a reçu sa juste rétribution en termes de retombées?

Et je vous donne une statistique. Par exemple, on nous fait remarquer souvent que le pourcentage d'efforts en recherche et développement a chuté en termes de pourcentage des activités de ces entreprises. Si je regarde le pourcentage canadien des activités de recherche des compagnies pharmaceutiques, il n'est pas tellement différent au Québec qu'en Ontario, alors que le Québec fait beaucoup plus d'efforts en termes d'accueil de l'industrie.

Donc, trouvez-vous qu'en termes de retour sur l'investissement collectif que le Québec fait, depuis des années, pour recueillir et garder cette industrie stratégique chez nous... Est-ce que des résultats sont là pour nous justifier dans cette attitude?

M. LeBlanc (Michel): Je dirais trois choses. La première chose, c'est... Moi, je dirais que, oui, les résultats sont là. J'arrive de San Diego, qui est la grappe des sciences de la vie présentement considérée comme la plus dynamique en Amérique du Nord, et ils ont à peu près le même niveau d'emplois que nous en termes de sciences de la vie.

Il faut s'être promené pour regarder à quel point ce qu'on a réussi, à Montréal et au Québec, c'est une belle réussite. Notre marché québécois en lui-même ne justifie pas que des sociétés internationales localisent ici des grands centres de recherche à lui seul. C'est la compétence des individus, oui, c'est une politique de l'État... Puis je le dis sans aucune gêne, la cohérence d'approche, depuis des années, à travers les gouvernements, au Québec, est exemplaire, et ça explique, je pense, le succès qu'on a eu. Le fait qu'on ait obtenu, je pense, une très large part des investissements en R & D et des emplois à l'intérieur du Canada témoigne un peu de notre succès.

Maintenant — puis vous l'avez dit — deux choses. La première, c'est que les signaux qu'on a reçus de la part de l'industrie à Montréal, c'est que, depuis quelques années, malgré le fait qu'on demeurait la terre d'accueil la plus ouverte pour les produits novateurs, ça se détériorait. Autrement dit, ce qu'on nous dit, c'est que les listes sont moins larges qu'auparavant et que ça se traduit donc, ce resserrement, au Québec... Même si la tendance est la même dans le reste du Canada, même si on demeure en position de force par rapport au reste du Canada, c'est inquiétant.

Le dernier point — puis c'est celui que je disais dans le mémoire: on ne peut pas espérer une performance internationale géniale si le reste du Canada n'adopte pas des politiques pro-développement d'innovation en sciences de la vie. On ne peut pas faire cavalier seul. Et les sièges sociaux internationaux ne regardent pas un investissement en disant: Montréal ou le Québec. Ils regardent au départ le Canada, et ensuite si le Canada est une bonne terre d'accueil, puis quel est le meilleur endroit. Et, là, je vous promets que Montréal est probablement le meilleur endroit.

M. Couillard: Mais plus on va aller dans la direction de pousser le reste du pays à adopter des politiques semblables, plus on va diminuer l'avantage concurrentiel du Québec. Ça ne me paraît pas tout à fait productif pour nous d'aller souhaiter que les autres parties du Canada adoptent des politiques semblables, puisqu'on le fait, nous, en termes d'efforts et en termes de coûts collectifs, avec, je dirais, un impact considérable sur le plan économique. Bien sûr, il y a l'impact positif de l'investissement chez nous, mais le maintien de ces politiques que nous avons au Québec comporte également des coûts considérables, et les utilisateurs, les citoyens qui se trouvent à l'extrémité où on paie pour les médicaments... Vous avez entendu nos travaux jusqu'à maintenant, certains nous disent qu'on en fait déjà beaucoup trop puis qu'il faudrait même arrêter la question de la règle de 15 ans.

Et je prends au vol un de vos arguments pour que vous nous aidiez à y répondre. On nous dit effectivement: Il est illusoire de penser que des mécanismes tels que la règle de 15 ans ou la non-utilisation du prix de référence ont un effet quelconque sur l'attraction du Québec et de Montréal sur l'industrie, compte tenu de la petite taille du marché, il faut plutôt miser sur les facteurs de dynamisme de nos équipes universitaires, nos équipes de recherche, la richesse de la main-d'oeuvre, la concentration de masse critique déjà présente.

Donc, ce qu'ils nous disent essentiellement, ces gens — et on va l'entendre à nouveau au cours de la commission — c'est que, même si vous abolissiez la règle de 15 ans, même si vous embarquez de façon énergique et enthousiaste dans le prix de référence, il n'y aurait probablement pas d'impact en termes de présence de l'industrie chez nous, qu'on ne perdrait pas d'emplois, qu'on ne perdrait pas de prospérité économique, et que tout serait pour le mieux comme dans le meilleur des mondes.

M. LeBlanc (Michel): Deux choses. La première, c'est: vous avez remarqué, dans ma présentation, je reste dans ma zone de compétence, je suis un économiste. Je vous demanderais de demander à ces gens-là, qui vous diront ces choses-là, ce qu'ils font considérer que l'innovation pharmaceutique coûte trop cher, on aura beau, au Québec, avoir des politiques géniales qui satisfont la grande industrie pharmaceutique, on n'aura pas, au Québec, des investissements importants parce que... Et ça se voit, on le voit en Europe, on voit en Europe... où les grands investissements en innovation ont progressivement diminué en Europe, ils se sont redirigés vers l'Amérique du Nord, vers les États-Unis essentiellement. Et, nous, on se bat au Québec, à Montréal, pour essayer d'en obtenir notre juste part.

La deuxième chose que je vous dirais — puis je pense qu'on sera tous d'accord: Parfois, il vaut mieux se partager une très grande tarte qu'avoir le gros morceau d'une très petite tarte. Si le reste du Canada continue de considérer que l'innovation pharmaceutique coûte trop cher, on aura beau, au Québec, avoir des politiques géniales qui satisfont la grande industrie pharmaceutique, on n'aura pas, au Québec, des investissements importants parce que... Et ça se voit, on le voit en Europe, on voit en Europe... où les grands investissements en innovation ont progressivement diminué en Europe, ils se sont redirigés vers l'Amérique du Nord, vers les États-Unis essentiellement. Et, nous, on se bat au Québec, à Montréal, pour essayer d'en obtenir notre juste part.

Je vous dirais finalement que, moi, j'ai bonne confiance que, si on arrivait à convaincre le reste du Canada d'adopter certaines des politiques, certaines des positions... le dynamisme qu'on a dans la région de Montréal, je pense qu'on va gagner. Il y a présentement... on est dans une lutte très, très féroce. Du point de vue de Montréal, on se bat contre San Diego, on se bat surtout contre Triangle Park, contre la région de Boston, contre la région du New Jersey pour attirer ici des investissements en R & D, des investissements assez importants et créateurs d'emplois très bien rémunérés. Et on se bat aussi contre Toronto, on se bat aussi contre Vancouver, mais on a besoin que les grandes sociétés soient à l'aise avec le Canada, et après on va gagner pour Montréal et le Québec.

M. Couillard: Le soutien que le Québec apporte à l'industrie, on pourrait le différencier en deux grands secteurs. Il y a le secteur probablement, essentiellement, lié au développement économique, au ministère du Développement économique ou aux ministères à vocation économique, qu'on compare, là, aux mesures fiscales favorisant le maintien de l'industrie, par exemple les crédits d'impôt pour recherche et développement, d'une part. D'autre part, une grande partie du soutien est accordée via les mécanismes du système de santé et notamment via le régime général d'assurance médicaments, donc font reposer le coût essentiellement de ces mesures-là sur les utilisateurs des

médicaments dans le cadre particulier du régime général d'assurance médicaments.

Est-ce que vous trouvez que la répartition du soutien à l'industrie entre le système de santé et ce qu'on appellerait les missions économiques d'attraction du gouvernement est correcte, est bien proportionnée, est bien calibrée, pour reprendre votre excellent terme? Ou est-ce qu'il y aurait nécessité de le recalibrer? Ou est-ce qu'on s'exposerait à des problèmes avec des écarts commerciaux internationaux si on allait plus du côté des mécanismes de soutien traditionnels par rapport à ceux qui se font à travers le système de santé?

M. LeBlanc (Michel): Je vous dirais humblement que je n'ai pas énormément réfléchi... ou en fait, à travers le comité, parce que quand je dis «je», là, il y a un comité de 34 personnes, c'est un effort collectif. On n'a pas énormément réfléchi sur la distribution dont vous parlez. C'est clair que les incitatifs fiscaux, les mesures économiques sont importantes, et c'est clair aussi, ce qu'on entend, que la commercialisation, le prix de vente et la capacité de vendre les résultats de l'innovation sont très importants. On nous dit aussi qu'il se fait de l'excellente recherche au Québec, que cette recherche-là, que ce soit à travers les petites sociétés ou les grandes sociétés, va mener à des nouveaux produits novateurs.

● (12 heures) ●

Ce qu'on a observé dans le passé, c'est que parfois il semblait plus facile de faire rembourser ou de faire... en fait, d'avoir accès au marché dans d'autres juridictions qu'ici, au Québec et qu'au Canada, et c'est une absurdité selon nous. Ça n'a aucun sens de penser qu'on va stimuler la recherche fondamentale, qu'on va créer des nouvelles entreprises avec le transfert technologique, qu'on va soutenir, via le capital de risque, la création d'entreprises, si on n'est pas prêt à dire que, lorsqu'il va y avoir des produits novateurs performants reconnus, on va être au moins, nous, parmi les premiers à en reconnaître la valeur. Et je pense que c'est pour ça que je disais que, dans le préambule, il faudrait qu'on ait toujours à l'esprit que ce que nos chercheurs d'ici découvrent, on va le reconnaître et on va le rembourser.

M. Couillard: Lorsque l'industrie parle de ses efforts importants en termes de coûts de développement de produits et de nouveaux produits pharmaceutiques, on cite souvent des chiffres qui sont de l'ordre de plusieurs centaines de millions de dollars. Vous l'avez, je crois, mentionné dans votre présentation. D'autres cependant nous disent: Attention, une grande partie de ces coûts de développement initiaux sont en fait attribuables à des efforts d'investissement publics via les programmes de recherche subventionnés par exemple, donc que le coût global en termes d'efforts initiaux de développement des médicaments «out of pocket», si vous me permettez l'expression anglaise, de l'industrie elle-même n'est pas si important que ce qu'on veut faire croire. Est-ce que vous avez déjà évalué cette situation? Il y a eu des articles, comme vous le savez, qui ont essayé de faire cette... mesure.

M. LeBlanc (Michel): Moi, je n'ai pas été valider le chiffre de 700 à 800 millions. Je regarde les

études qui sortent et je vous dirais, d'un point de vue d'économiste, que l'industrie, elle a été efficace aussi dans sa recherche et développement. Et donc il y a tout à fait lieu de questionner parfois... Ce n'est pas juste de dire: Bon, bien, si ça vous coûte 800 millions, on fait une règle de trois puis on dit combien ça devrait vous rapporter, de vendre le produit. Il y a aussi de forcer l'industrie à être efficace, et ça veut dire de souvent identifier assez rapidement les molécules non prometteuses, de discarter, d'éliminer des recherches qui sont faites parce que les résultats ne seront pas là.

Et je vous dirais, dans ce sens-là, que la qualité de la recherche à contrat, à Montréal, est exemplaire. On a, à Montréal, un noyau, on est reconnu, en Amérique du Nord, sur cette capacité d'améliorer l'efficacité de la recherche et surtout du développement des nouvelles molécules. Donc, dans ce sens-là, si le chiffre de 700 à 800 millions était trop élevé, je dirais qu'on risque d'être, à Montréal, en mesure de contribuer à l'abaisser.

Je voudrais revenir sur la proposition d'entente globale. Pour moi, ce qui est évident, c'est que, lorsque le gouvernement du Canada a amélioré la protection intellectuelle, à la fin des années quatre-vingt, début des années quatre-vingt-dix, il y a eu une entente globale avec l'industrie pharmaceutique pour qu'elle hausse, au Canada, ses dépenses en recherche et développement, et ça a porté ses fruits. Moi, je pense que présentement il y aurait lieu, du point de vue du Québec, de discuter avec les grandes sociétés et de leur demander si elles sont prêtes à accepter, en contrepartie de cette politique de classe mondiale, qu'elles haussent leurs objectifs de réinvestissement au Québec. Il y aurait lieu de faire une espèce de processus à deux étapes: vous haussez de tant si le Québec fait cavalier seul dans l'amélioration de la politique du médicament; et vous haussez de tant si le Québec, via son leadership, arrive à convaincre le reste du Canada d'améliorer les conditions de marché. Et donc on aurait, à ce moment-là, une entente qui dit à l'industrie: On va, nous, vous donner ici, localement, des meilleures conditions et on va travailler à les améliorer au Canada, et, si on a du succès, vous allez vous engager à réinvestir massivement au Québec et à Montréal.

M. Couillard: Mais est-ce que vous ne trouvez pas que le Québec fait déjà cavalier seul en termes de soutien à l'industrie? Parce que c'est assez lourd, hein, ce qu'on assume, et avec raison, je crois, là. Je crois fermement qu'on a raison de soutenir cette industrie chez nous, mais, en termes de distinction, vous ne pensez pas qu'on est déjà, là, sinon à l'avant-garde, disons dans le groupe de tête?

M. LeBlanc (Michel): Au Canada, oui. Si on se compare avec les États-Unis, avec certaines régions, puis il faut se rappeler que c'est avec eux qu'on est en concurrence, pas nécessairement... Puis, je vous dirais, on n'a pas beaucoup de choix sur les secteurs d'excellence où on va briller dans le XXI^e siècle. Et donc il faut se poser la question, les États avec lesquels on est en concurrence, ce n'est pas nécessairement l'Ontario puis la Colombie-Britannique, c'est peut-être le New Jersey, c'est peut-être la Caroline du Nord, et c'est eux autres qu'il faut analyser.

M. Couillard: Là-dessus, on est entièrement d'accord avec vous, les points, les domaines stratégiques où le Québec doit choisir d'investir pour les prochaines années, il n'y en a pas tant que ça qui sont à notre portée. Il faut au moins conserver ceux qu'on a actuellement.

Je voulais juste essayer de... Je pense qu'on termine notre échange là-dessus. Une des critiques qu'on nous fait lorsqu'on nous reproche d'utiliser ces méthodes de soutien à l'industrie, qu'on a décrit amplement dans notre conversation, et j'ai déjà fait allusion à ça, mais vous pourriez peut-être reprendre l'explication de ce côté-là, c'est vous dire... et on nous dit: Écoutez, vous avez des mécanismes de protection qui touchent essentiellement le marché interne du Québec, que ce soit la règle de 15 ans, que ce soit la non-adoption du prix de référence, alors que ce marché interne, à l'échelle de ces grandes compagnies, est tout à fait microscopique. Donc, quelle est la part de symbolisme et quelle est la part de réalité dans ces mesures-là, compte tenu de la perception d'un économiste ou d'une entreprise qui choisit où investir?

M. LeBlanc (Michel): Vous l'avez très bien dit, M. le ministre, le symbole est important. Je ne pense pas qu'à lui seul le marché québécois — et je le répète — justifie les investissements qu'on observe au Québec et le nombre d'emplois qu'on y observe. Il y a d'autres facteurs. Il n'y a pas juste les symboles, il y a la réalité de la qualité de la main-d'oeuvre, la réalité de la hauteur des investissements en recherche fondamentale, il y a tout un dispositif. Mais c'est clair que le symbole, la terre d'accueil favorable, l'ouverture et la cohérence dans le temps sont des facteurs très importants. Puis je dirais que c'est pour ça qu'on a été nerveux, parce que, depuis quelques années, on avait l'impression... En tout cas, ce que j'entends de l'industrie, c'est qu'elle était nerveuse sur un changement de tendance au Québec. Est-ce que tout à coup on remettait en cause cette politique qu'on avait eue depuis des années? Ce que j'ai perçu, et je vous le dirai... quand votre proposition de politique est sortie, ça a été une espèce de soupir de soulagement à voir qu'il y avait cette préoccupation de maintenir une industrie dynamique, et, dans ce sens-là donc, j'ai l'impression... et je vous le dis, c'est une valeur de symbole, mais c'est une valeur importante.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Bonjour, M. LeBlanc.

M. LeBlanc (Michel): Bonjour.

M. Bouchard (Vachon): Heureux de vous retrouver. J'aimerais revenir sur une partie de la conversation que vous avez eue avec le ministre, parce que, en tant que parlementaire, on est toujours un petit peu tirailé entre deux écoles: l'interventionnisme de l'État et le laisser-faire. Et, sur ce continuum, il y a toutes sortes de nuances puis il y a des allers-retours, des pas de côté qui se font de temps en temps, et je voudrais tout simplement signifier, au point de départ, qu'il m'apparaît que, dans l'analyse que vous faites, les

crédits d'impôt pour fins de recherche et de développement ne sont pas insignifiants donc même si c'était à valeur symbolique par rapport à l'ensemble des ressources et du marché auquel on fait référence.

Il y a eu, durant les deux dernières années, je pense, une hésitation assez réelle vis-à-vis de l'utilité des crédits d'impôt en recherche et développement. Il y a eu certainement 25 % des crédits qui ont été éliminés. Et je pense que, dans le dernier budget, il y a un retour un tout petit peu dans cette direction-là. Mais je pense que c'est important de le souligner, ça, parce que, au point de départ, si le ministre pense qu'on a un levier important de développement économique via la politique du médicament, il faut que cette approche du soutien gouvernemental en matière de recherche et développement puisse dépasser largement les limites du ministère et du ministre de la Santé pour aboutir éventuellement dans le budget et dans la fiscalité. Alors, je pense qu'on s'entend, le ministre et moi, là-dessus, hein, et je lui offre ma collaboration la plus entière pour pousser dans cette direction.

D'autre part, en page 2 de votre mémoire, le premier paragraphe du haut, c'est intéressant, ce que vous nous dites, parce que vous dites: Lorsqu'on analyse l'investissement en recherche et développement par rapport aux ventes réalisées, on s'aperçoit qu'au Canada on réinvestit dans les industries biopharmaceutiques, là, 10 % des revenus dans la recherche et le développement, alors que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, je pense que vous êtes autour de 19,5 %. Par ailleurs, dans le même paragraphe, on découvre que les pharmaceutiques, au Québec, investissent 19,3 %, donc très près de la moyenne de l'OCDE. Est-ce que vous êtes en train de nous dire que notre appartenance à l'ensemble canadien nous freine à ce niveau-là?

M. LeBlanc (Michel): Je n'ai pas d'opinion là-dessus, je vous dirais, comme réponse prudente: Moi, tout ce que j'observe, c'est que les niveaux qu'on a au Québec sont très bons par rapport au reste du Canada. C'est facile de dire aussi que les taux de réinvestissement des revenus de l'automobile, en production manufacturière automobile, sont très élevés en Ontario. C'est logique: c'est là que se trouvent les usines. Alors, nous, ce qu'on observe, c'est que c'est au Québec qu'il y a le taux le plus élevé au Canada. On fait le lien entre ce taux très élevé et, comme je le disais plus tôt, une approche cohérente dans le temps qui a été soutenue tant par le Parti québécois que le Parti libéral quand ils ont été au pouvoir. Et par conséquent ma seule présence ici, aujourd'hui, vise à souligner que, dans la politique du médicament, ça s'intègre dans ce dispositif de politique et d'approche et que ce qui est important, c'est de maintenir une vision cohérente dans le temps. Je n'ai pas d'autre opinion que celle-là.

● (12 h 10) ●

M. Bouchard (Vachon): Je suis persuadé que vous en avez, mais que ce n'est pas la place pour en parler. Mais, M. LeBlanc, vous dites, dans le même paragraphe, qu'on pourrait tenter d'atteindre des objectifs qui ressemblent peut-être plus à ceux de la Belgique, par exemple, où on réinvestit 28.6 % des revenus en recherche et développement. Et, dans la même page, vous nous dites: On devrait avoir, dans le

domaine du médicament, un pacte du médicament qui ressemblerait au Pacte de l'automobile de l'Ontario. Est-ce que vous pouvez aller dans un... Peut-être plus de précisions: Qu'est-ce que ce pacte devrait comprendre et quelle serait la part du gouvernement canadien vis-à-vis de celui du gouvernement du Québec dans un tel pacte? Autrement dit: Qu'est-ce qui manque au morceau que le Québec a mis en place maintenant pour que ce pacte-là puisse être effectif, d'une part, et efficace, d'autre part?

M. LeBlanc (Michel): Je pense que c'est comme je disais, la notion de pacte, c'est que le marché est tellement réglementé au Canada qu'il y a une logique à tenter de s'entendre. Deuxièmement, il y a peut-être nécessité de contrebalancer le pouvoir d'attraction des États-Unis, seulement à cause de la taille de leur marché. C'est pour ça que la logique d'un pacte peut être utile puis — ah! — aussi, c'est qu'il y en a déjà eu un. Donc, fondamentalement, on a déjà un précédent, il y en a eu un à la fin des années quatre-vingt. Ce qu'il y a au Québec présentement et dans la proposition de politique, c'est en bonne route vers, je pense, établir ce que, moi, j'appellerais un climat d'affaires de classe mondiale au Québec, en contrepartie de quoi on demanderait des réinvestissements de classe mondiale.

Maintenant, comme je disais, la décision souvent se prend dans un contexte qui est: perception du marché canadien, perception de la capacité du Canada à bien accueillir les innovations. Et c'est là où, moi, je dis qu'il doit y avoir, parce qu'il y a beaucoup de leviers... Puis, là, bien vous êtes familiers, au Parti québécois, j'imagine, avec ça. Il y a beaucoup de leviers, qui sont du ressort fédéral, dont on ne dispose pas au Québec, et donc ça veut dire qu'il faut collaborer. Mais il faut aussi les convaincre, et on est en bonne voie de le faire, et je pense que le pacte, à la fin des années quatre-vingt, était dû au fait que le Québec avait réussi à convaincre le fédéral, via son leadership, d'adopter certaines mesures. Je pense qu'il faut faire la même chose encore une fois avec le gouvernement fédéral et, je l'ai dit tantôt, je pense aussi qu'il faut en parler avec l'Ontario et probablement aussi avec la Colombie-Britannique, pour qu'au Canada le signal qui soit lancé, c'est que c'est une terre d'accueil très ouverte à l'innovation, et ça va bénéficier au Québec.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, est-ce que vous permettez? Est-ce que vous pourriez, pour les bénéficiaires des membres de cette commission, illustrer, à l'aide d'un ou deux exemples, des éléments du pacte qui pourraient être mis en oeuvre à partir du gouvernement fédéral et qui ne sont pas là maintenant mais qui pourraient l'être à la demande du Québec?

M. LeBlanc (Michel): ...la restauration de la durée des brevets. Les processus d'approbation des nouveaux médicaments au Canada sont plus longs que ce qu'on observe aux États-Unis. C'est une logique presque implacable qui dit que, si on a 10 % de la taille de l'économie canadienne pour soutenir l'approbation des nouveaux médicaments mais qu'on doit approuver le même nombre de médicaments au Canada qu'aux États-Unis, bien, inévitablement, ça nous prend un peu plus de temps si on veut être rigoureux. Et donc les entreprises

qui amènent les nouveaux produits sont pénalisées parce que ça prend plus de temps, et donc il y a plus de temps de protection de brevets qui est gâché par la durée du processus d'approbation. Ça, c'en est un exemple.

Un autre exemple, je dirais, au-delà de la restauration de la protection des brevets, il y a le prix des nouveaux médicaments. Et encore là, nous, au Québec, on a une approche. Il y a le reste du Canada qui jongle, comme on le disait plus tôt, avec le prix de référence. C'est très clair que ça insécurise énormément les grandes entreprises, cette notion de prix de référence. Et, nous, au Québec, on a utilisé, je pense, jusqu'ici notre leadership pour convaincre le reste du Canada de ne pas aller dans cette voie, mais il faut continuer.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, je vois bien que quelque part votre souhait s'inscrit dans la théorie de la bonne volonté, là. Il faudrait qu'on puisse déceler, de la part de l'organisation qu'on veut convaincre, un certain nombre de signes, que vous voyez peut-être et que je ne vois pas, quant à leur capacité d'assouplir leurs règles ou alors d'accommoder l'environnement à la fois de l'industrie du marché canadien à un pacte qui avantagerait le Québec dans le développement de sa recherche et du développement. Alors, est-ce que vous voyez des signes de ce côté-là, d'une part? D'autre part, quel est notre pouvoir de négociation?

M. LeBlanc (Michel): ...un peu le principe de la tarte dont je parlais tantôt. Je suis en discussion directe avec les gens de Toronto puis les gens de Vancouver, et ils sont bien conscients que, si la tarte des investissements s'accroît, et on parle de doubler peut-être les investissements globaux au Canada, ils sont bien conscients qu'une partie de cette tarte, qui serait beaucoup plus grande, qui irait à Toronto et à Vancouver, va leur bénéficier aussi. Et ça va au-delà des villes, ça rentre dans les gouvernements. Alors, moi, je pense que l'argument, c'est: S'il vient plus d'argent au Canada, il va en venir plus dans chacune de ses régions dynamiques. Et, si Montréal est sa région la plus dynamique du point de vue des sciences de la vie, on va tirer notre épingle du jeu. C'est ça, l'argument.

M. Bouchard (Vachon): Très bien. Maintenant, puisque vous avez introduit l'analogie avec le pacte de l'Ontario, est-ce qu'on peut dire que le pacte de l'Ontario a profité à ce point au Québec? Autrement dit, est-ce qu'on peut nous servir l'argument inverse en disant: Pas vraiment ou... Hein?

M. LeBlanc (Michel): Ah! Je ne pense pas que les pactes doivent systématiquement avoir des impacts égaux à travers l'ensemble du continent. Je n'ai aucune misère à dire que l'Ontario a bénéficié de façon démesurée par rapport à tous les indicateurs du Pacte de l'automobile. Je n'ai aucune misère à penser qu'au niveau de l'aéronautique on peut penser que le Québec en profite largement. Et je maintiens qu'au niveau des sciences de la vie on devrait aussi avoir un pacte du médicament qui va nous bénéficier grandement.

M. Bouchard (Vachon): Dans votre boule de cristal, quels effets de percolation, à moins que ce soit une autre théorie, peut-on anticiper d'un pacte semblable, pas pour les compagnies pharmaceutiques, parce qu'on voit très bien qu'elles pourraient tirer leur pilule du jeu, là, c'est très bien, mais pour la population?

M. LeBlanc (Michel): Moi, je suis un économiste, je dis qu'avant de distribuer de la richesse il faut la créer. C'est très clair que la...

M. Bouchard (Vachon): Pas nécessaire d'être économiste pour penser comme ça.

M. LeBlanc (Michel): Non, je sais, mais, moi, c'est comme dans mon code génétique.

Des voix: ...

M. LeBlanc (Michel): C'est dans mon code génétique. Ce que je veux dire...

M. Couillard: ...

M. Bouchard (Vachon): Il dit: Il faut être libéral pour penser comme ça. C'est M. le ministre qui vient de le dire, moi, je...

Le Président (M. Copeman): Je pense qu'on va laisser M. LeBlanc intervenir. Allez-y, M. LeBlanc.

M. LeBlanc (Michel): O.K. Alors, tout ce que je voulais dire, c'est que c'est très clair que l'enjeu ici, c'est de maintenir au Québec et inévitablement centrer sur son agglomération, je dirais, la plus importante... Ça ne veut pas dire qu'à Québec, puis qu'à Sherbrooke, puis qu'ailleurs il n'y a pas des entreprises bien dynamiques, mais, dans la région de Montréal, on a un noyau économique très, très puissant. Si on veut, dans le courant des 100 prochaines années, puis aussi au niveau des 30 prochaines années, bénéficier de toute la demande accrue de nouveaux médicaments de la part d'une population vieillissante, ici et ailleurs, tout ça dit: On doit se battre pour qu'il y ait ici des investissements. Parce que là on va créer de la richesse, on va pouvoir la distribuer. Et, moi, je rêve qu'on ait le revenu per capita de San Diego à Montréal. Si vous regardez, c'est assez énorme comme différence. Le jour où on sera là, on distribuera.

M. Bouchard (Vachon): Et de quel pacte jouit-on à San Diego?

M. LeBlanc (Michel): À San Diego, on jouit d'une économie de marché pure, et donc, là-bas, il manque probablement l'outil de redistribution qu'on a au Québec, mais assurément il y a une efficacité dans la création de la richesse qui est assez phénoménale.

M. Bouchard (Vachon): Donc, on vient de dire que, pour redistribuer la richesse, ça prend deux choses: ça prend la création de la richesse mais aussi un instrument de redistribution?

M. LeBlanc (Michel): Tout à fait.

M. Bouchard (Vachon): Heureux de vous l'entendre dire. Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. LeBlanc, merci beaucoup pour votre contribution à cette commission parlementaire au nom du Comité des sciences de la vie du Montréal métropolitain.

Et, malgré le fait qu'il est prévu que nous siégeons cet après-midi, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 19)

(Reprise à 16 h 15)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux. Nous sommes toujours sur le mandat de la consultation générale et les auditions publiques sur le document intitulé *Politique du médicament*.

Je tiens tout d'abord à peut-être expliquer brièvement la raison pour notre retard. Évidemment, ce n'est jamais plaisant pour qui que ce soit d'être obligé d'attendre plus d'une heure, 1 h 15 min après l'heure prévue. Et évidemment je m'adresse en particulier aux représentants de l'Union des consommateurs, qui sont déjà assis à la table, mais ça vaut pour tous les groupes cet après-midi. Je ne veux pas vous ennuyer avec la procédure parlementaire, mais normalement, normalement, les députés de l'Assemblée nationale donnent leur consentement à procéder à des consultations avant la fin d'une étape précise en Chambre. Ça prend le consentement unanime de procéder ainsi, et je vous dis très candidement: La tradition veut que, quand il s'agit des consultations, parce qu'il y a des gens qui se présentent devant la commission pour être entendus, ce consentement est donné pour permettre à la commission de débiter ses travaux. Malheureusement, aujourd'hui, un député de l'Action démocratique du Québec a refusé à deux reprises son consentement afin de débiter les travaux de la commission, et ça explique en très grande partie la raison pour laquelle nous étions obligés d'attendre jusqu'à ce moment-ci. Ça occasionne — je pense que tout le monde est d'accord — malheureusement des inconvénients à nos invités et aux parlementaires également parce qu'on va devoir de toute façon dépasser l'heure prévue de 18 heures afin de terminer l'après-midi.

Alors, cette explication faite, je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Union des consommateurs. Mme Richer, présidente de l'union, bonjour.

Mme Richer (Thérèse): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Et est-ce que c'est Mme Tessier qui va faire la présentation? Bon. J'explique brièvement: vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, et c'est suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Ayant identifié Mme Tessier au milieu et Mme Richer à notre gauche, je présume que

c'est M. Tanguay qu'il reste à identifier. Alors, les présentations sont faites. Je vous invite, Mme Tessier, à débiter votre présentation.

Union des consommateurs

Mme Tessier (Danièle): Alors, bonjour, M. le Président. M. le ministre, Mmes et MM. les députés, merci de nous accueillir aujourd'hui. Il nous fait plaisir de présenter notre point de vue sur le projet de politique du médicament devant cette commission.

Donc, Thérèse Richer, que vous avez présentée, est ici aussi comme intervenante de l'ACEF Rive-Sud de Québec, membre également du comité santé et présidente de l'Union des consommateurs; Charles Tanguay est quant à lui responsable des communications; et moi-même, analyste en santé à l'Union des consommateurs.

Alors, un mot rapide sur notre organisme. L'Union des consommateurs regroupe neuf ACEF, c'est-à-dire des associations coopératives d'économie familiale, réparties à travers le Québec. Les ACEF oeuvrent depuis 40 ans à l'amélioration des conditions de vie de la population, et particulièrement celles des ménages à faibles revenus. Nous intervenons donc régulièrement dans les débats publics entourant les grands dossiers sociaux en lien avec les problèmes que nous constatons sur le terrain.

Dans les années soixante, l'endettement lié aux soins de santé faisait alors partie du lot. Notre intérêt pour le dossier santé n'est donc pas nouveau, et nous sommes d'ailleurs très heureux de l'initiative du gouvernement quant au présent projet de politique du médicament et plus encore de l'occasion offerte à de nombreux intervenants de venir s'exprimer et proposer des éléments pour bonifier cette politique.

D'entrée de jeu, disons que l'accès aux soins de santé est, pour citer le rapport Romanow, «un droit inhérent à la citoyenneté». L'Union des consommateurs estime que l'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accessibilité des soins de santé. L'apport de la médication dans un plan de traitement n'est plus à démontrer, la pharmacothérapie est devenue un incontournable. Une partie de la charge financière repose sur les consommateurs, et les propositions contenues dans le projet à l'étude accentuent cette situation dans le cadre des soins ambulatoires. Les personnes que rencontrent les ACEF sont donc très préoccupées par le prix des médicaments vu leur faible capacité à payer.

● (16 h 20) ●

Lorsqu'on aborde donc toute question liée à la santé, on doit tenir compte de ces déterminants. Le revenu est, selon Santé Canada, un déterminant important, certainement parmi les plus importants. On sait que l'environnement social et physique, les habitudes de vie, un accès inégal au système de santé sont autant de facteurs qui contribuent à une bonne ou à une mauvaise santé, tout comme le rappelle la Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux dans son récent rapport *Produire la santé*. Les personnes qui vivent dans des conditions sociales et économiques précaires se trouvent dans un état d'alerte constant, ne sachant jamais quand quelque chose d'autre menacera leur situation déjà fragile. Ce

stress prolongé endommagement, c'est connu, le système biologique. L'état de santé donc se détériore, les coûts du système de santé augmentent.

L'ouverture à la gratuité pour les personnes qui bénéficient du maximum du supplément de revenu garanti est une heureuse initiative, c'est certain, mais les personnes les plus pauvres, elles, elles en sont toujours au même point. Vous connaissez bien sûr les conclusions du rapport Tamblin qui ont démontré qu'en raison de la contribution qui leur était imposée certaines personnes ont adopté, faute de moyens, des pratiques de sous-consommation de médicaments. Nous insistons donc pour que la gratuité des médicaments soit étendue à toute personne vivant sous le seuil de la pauvreté. Cette mesure aura nécessairement une incidence bénéfique sur la santé de ces personnes qui ne seront plus contraintes à couper la pilule en deux, si vous me permettez l'expression, ou à ne pas simplement utiliser la thérapie médicamenteuse prescrite.

Le projet de politique du médicament aurait pu, il nous semble, représenter une belle occasion pour ouvrir le débat sur le système hybride actuel, source de nombreuses iniquités entre les Québécois et qui a des impacts financiers importants sur les travailleurs à faibles revenus. Notre mémoire rapporte les nombreux travaux réalisés à la faveur de l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments qui favoriserait l'universalité. On parle du rapport Demers, du rapport Gagnon, du Forum national de la santé de 1997 également. Leurs considérations ont eu peu d'échos auprès des instances gouvernementales. Plusieurs études par ailleurs ont depuis démontré les coûts inflationnistes des régimes d'assurance mixtes. Il est grand temps qu'une étude sérieuse sur la faisabilité et la pertinence de créer un régime public universel d'assurance médicaments soit entreprise.

Un service public a comme objectif premier d'assurer la répartition équitable d'un bien ou d'un service à l'ensemble des citoyens, et ce, sans distinction de leur statut socioéconomique. Par définition donc, un service public est voué à l'intérêt collectif, et n'est pas soumis à la concurrence, et il ne doit pas exclure personne. Une politique du médicament devrait traduire la volonté d'offrir un service public qui répond adéquatement aux besoins essentiels de la population plutôt que de proposer un arrimage avec le secteur privé, qui pour sa part ne vise qu'à maximiser ses profits.

Lors d'une allocution au Sommet des peuples, en 2001, Marie Pelchat, alors coordonnatrice de la Coalition Solidarité Santé, affirmait que le fait de ne pas contrôler les coûts des médicaments, qui augmentent de 15 % par année, on le sait, c'est programmer maintenant l'implosion du système public de santé et de services sociaux au Québec comme au Canada et paver la voie au privé sans avoir l'air de le faire. Nous abondons dans le même sens. C'est pourquoi nous recommandons ardemment de veiller au maintien d'un système de santé et de services sociaux universel, géré et financé par l'État, à l'abri de toute influence des intérêts privés.

Or, s'il est essentiel de maintenir les caractéristiques fondamentales et originales de notre système de santé et de services sociaux que sont l'universalité et l'accessibilité, il est également prioritaire d'investir dans la prévention. Le Dr Alain Poinier, directeur national de

la santé publique, qui a dirigé donc les travaux du rapport *Produire la santé*, en 2005, s'est prononcé sur les moyens d'action pour prévenir les problèmes de santé. Parce qu'ils découlent des conditions de vie, des structures sociales, de l'environnement, des habitudes et des comportements, ces moyens d'action logent dans l'ensemble des secteurs d'activité de notre société.

Dans votre allocution d'ouverture aux présentes auditions, vous mentionniez, M. le ministre, une incidence d'événements indésirables dans les hôpitaux de près de 20 % reliés à une sur ou à une sous-utilisation des médicaments et de solutions intraveineuses. L'utilisation optimale des médicaments représente bel et bien un enjeu incontournable. Nous considérons que l'utilisation optimale doit considérer notamment la sécurité des produits et leur mode de promotion.

Dans cette optique, l'Union des consommateurs participe à la mise sur pied d'un projet pancanadien de pharmacovigilance. Il s'agit, en anglais, de PharmaWatch et, en français, de PharmaVeille. Ce projet vise à assurer un meilleur suivi postcommercialisation des médicaments et à favoriser la déclaration par les consommateurs des effets secondaires indésirables. Nous croyons que ce type d'initiative citoyenne doit s'exercer dans un cadre autonome, exempt des influences potentielles de l'industrie pharmaceutique et du gouvernement. En fait, il nous semble pressant d'instaurer plus de transparence et de donner plus de place aux citoyens dans les mécanismes d'approbation, de commercialisation et de suivi des nouveaux médicaments.

Notons qu'une initiative similaire à celle de PharmaVeille a fait ses preuves ailleurs. On connaît le Service national de prescription en Australie qui est un organisme indépendant du gouvernement et de l'industrie pharmaceutique qui coordonne l'utilisation de qualité des médicaments et autres produits de santé dans la communauté. La mission de cet organisme est de favoriser par la prise de conscience un changement durable des comportements par des démarches d'éducation, de développement communautaire et de marketing social de la promotion de la santé. L'existence d'un tel organisme nous semble hautement souhaitable, voire nécessaire pour le Québec. À cet effet, le gouvernement australien a investi 46 millions de dollars sur quatre ans pour la mise sur pied de cet organisme en contrepartie d'économies devant atteindre 111 millions sur quatre ans également.

La publicité, quant à elle, supportée par de puissants intérêts économiques dont les buts ne sont pas, on s'en doute, de fournir des informations objectives, affecte aussi l'utilisation optimale. L'exemple du Vioxx est patent, et rappelons que des gens sont morts suite à ce médicament. Pourtant, on le voit à la télévision et dans l'affichage extérieur, Santé Canada applique avec laxisme les interdictions publicitaires actuelles. Pire, les discussions, à Santé Canada, entourant ce qu'on appelle, dans leur jargon, le renouveau législatif ou encore les projets de modification à la section 3 et à l'annexe A de la Loi sur les aliments et les drogues laissent présager que des pans réglementaires entiers risquent de tomber sous la pression des compagnies pharmaceutiques et d'autres lobbys comme celui des médias.

Nous recommandons donc au gouvernement du Québec de prendre fermement position en faveur de

l'interdiction de la publicité directe des médicaments d'ordonnance, de favoriser la représentation et la participation citoyenne d'organismes autonomes à la table de concertation, de soutenir, en lien avec le fédéral, la mise en place d'une structure indépendante permettant de recueillir et documenter les effets secondaires liés à la consommation de médicaments et la diffusion d'information fiable et indépendante sur le médicament. Pour nous, ces avenues représentent autant de moyens de favoriser l'utilisation optimale du médicament.

On ne peut s'empêcher de constater, dans le mémoire, que les mesures mises de l'avant dans la politique du médicament accordent une place prépondérante aux enjeux économiques liés à l'industrie pharmaceutique. De notre point de vue, de telles préoccupations n'ont pas lieu d'être dans une politique du médicament. Les intérêts en jeu sont différents au point d'être contradictoires. Le développement économique du secteur de l'industrie pharmaceutique devrait être une préoccupation du ministère du Développement économique, de la Recherche, pas celle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

● (16 h 30) ●

En ce qui a trait aux coûts des médicaments, nous considérons que plusieurs facteurs pourraient et devraient être contrôlés. Prenons, par exemple, la méthode du prix de référence. Bien que le gouvernement reconnaisse que cette mesure permettrait de réaliser des économies, le projet de politique préfère à une politique du prix de référence le maintien d'une stratégie de développement industriel. Selon les calculs de la RAMQ, dans son rapport 2003-2004, si, à l'instar de la Colombie-Britannique, le régime public avait appliqué une telle politique, des économies de l'ordre de 43 millions de dollars auraient été possibles pour la seule année de 2003.

Dans une recherche de contrôle des coûts, on doit bien sûr s'interroger sur la règle de 15 ans, qui est unique au Québec et qui assure aux fabricants de médicaments innovateurs que le gouvernement continuera à rembourser leurs produits exclusivement durant une période de 15 ans, et ce, même si le brevet est échu et même s'il existe un équivalent générique moins cher. Selon la dernière évaluation du Vérificateur général, le maintien de la règle de 15 ans représenterait une dépense supplémentaire annuelle de 25 millions de dollars pour le trésor québécois.

Un autre exemple, la fin de la politique de non-augmentation du prix des médicaments brevetés. Depuis 1994, donc on sait qu'une politique de non-augmentation du prix des médicaments prévoyait qu'aucune augmentation de prix ne serait consentie pour les médicaments déjà inscrits sur la liste. Dans un communiqué de presse du 24 mars 2004, vous répondiez, M. le ministre, aux représentants des multinationales pharmaceutiques, qui réclamaient des politiques plus généreuses à leur égard. Se défendant bien de proférer des menaces, l'industrie a tout de même dit qu'elle pourrait bien quitter le Québec pour les États-Unis, où le marché est plus avantageux, et vous leur répondiez que le Québec est de loin la terre d'accueil la plus favorable à l'industrie pharmaceutique, avec un régime général d'assurance médicaments qui donne un large accès au marché, avec une protection des brevets

supérieure à ce qui existe ailleurs. Vous affirmiez donc que le contrôle de la croissance des coûts des médicaments doit passer avant le développement de l'industrie pharmaceutique. Pas question donc de lever le gel des prix des médicaments.

C'était il y a un an, et, neuf mois plus tard, le projet de politique du médicament proposait de mettre fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments, permettant une hausse annuelle du prix d'un médicament après cinq ans sur la liste. Le dégel des prix des médicaments se traduira par des coûts additionnels de 12 millions de dollars par année à l'État, vous le confirmiez dans une entrevue que j'ai déjà citée.

Pour tenter de pallier au coût de ces avantages octroyés à l'industrie pharmaceutique, le projet de politique du médicament prévoit la possibilité d'ententes avec l'industrie, des ententes qui restent à définir mais qui viseraient à minimiser, voire annuler l'impact sur le régime public de la hausse de prix permise. Devons-nous comprendre qu'une éventuelle contribution à l'État par l'industrie pharmaceutique déterminera la viabilité de notre régime général d'assurance médicaments, voire même l'accès gratuit aux médicaments de personnes plus vulnérables financièrement?

À cet égard, l'Union des consommateurs recommande que le gouvernement du Québec revoie sa politique et examine d'autres avenues en vue d'un contrôle des coûts des médicaments qui vise leur réduction, notamment en maintenant le gel des prix des médicaments et en modifiant la règle de 15 ans afin de privilégier l'accès à plus court terme aux médicaments génériques moins coûteux. Dans le même esprit, l'Union des consommateurs recommande au gouvernement du Québec de n'ajouter à sa liste que les nouveaux médicaments qui représentent une innovation significative et dont la valeur incrémentielle représente des avancées thérapeutiques substantielles.

On sait que les médicaments, qui accaparent une part croissante des coûts de la santé, sont vendus par des entreprises dont la marge de profit compte parmi les plus élevées, et ce, de tous les secteurs industriels confondus. La hausse des prix des médicaments a atteint des sommets inégaux, et le Québec est actuellement au premier rang pour les dépenses des médicaments prescrits par personne, soit 625 \$ par personne par année. Comme le faisaient remarquer, dans leur présentation, la Coalition Solidarité Santé, ces dépenses en médicaments représentent 10 % de plus que la moyenne canadienne, soit une somme de 150 millions de dollars qui pourrait être affectée au financement de la gratuité pour les personnes à faibles revenus. Car ce qui n'est pas précisé en fait dans le projet de politique, c'est que les mesures envisagées encouragent une hausse des coûts pour l'État mais aussi pour les consommateurs, parce que, comme on l'a déjà vu dans les années passées, cela va se traduire assurément par une hausse des primes, des franchises et de la coassurance. C'est donc toute la population qui est convoquée, de notre point de vue, par le gouvernement à contribuer davantage aux profits de l'industrie pharmaceutique.

Dans la logique de marché, le secteur privé est là pour maximiser ses profits, même si cela doit se faire au détriment de la collectivité et des finances publiques. Les médicaments font partie du système de santé, ce ne

sont pas des marchandises comme les autres. Comme la représentante de la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec l'a si bien mentionné, les principes d'indépendance, de transparence, d'objectivité, d'accessibilité et d'utilisation adéquate devraient plutôt prévaloir. Et nous...

Le Président (M. Copeman): Mme Tessier, je veux juste vous signaler, il reste une minute.

Mme Tessier (Danièle): Et c'est terminé.

Le Président (M. Copeman): Ah! Bien, là, je ne veux pas couper la parole, évidemment.

Mme Tessier (Danièle): Et pour vous dire que nous souscrivons, avec la représentante de la FIIQ, entièrement aux principes qu'elle a mis de l'avant. Alors, voilà, je vous remercie. Il va nous faire plaisir de répondre à vos questions.

Le Président (M. Copeman): Je ne voulais surtout pas vous couper la parole, mais...

Mme Tessier (Danièle): ...presque au dernier moment.

Le Président (M. Copeman): Excellent. Très bien. Alors, afin de débiter l'échange avec nos invités, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. À mon tour, mesdames, monsieur, de m'excuser pour le retard à vous entendre. Et il n'était pas de notre pouvoir de le contrôler, ce retard. Je vous remercie donc, Mme Richer, Mme Tessier et M. Tanguay, pour votre présentation.

Évidemment, vous réalisez, comme tous les Québécois, que notre régime général d'assurance médicaments est un mélange d'assurance et d'assistance. Qui dit assurance dit contribution des usagers en fonction des coûts d'un régime d'assurance, et déjà le coût de ce régime est en grande majorité assuré par les contribuables, soit par leur contribution au régime soit par leurs taxes en général. Vous suggérez essentiellement d'étendre la gratuité à toutes les personnes en deçà du seuil de revenu minimum. Ce que je voudrais vous demander, c'est: À combien évaluez-vous le coût de cette mesure? Et quelles seraient les sources de financement pour la rendre possible?

Mme Tessier (Danièle): Bien, je pense qu'au niveau du coût exact de la mesure je ne me prononcerai pas là-dessus, n'étant pas une économiste, mais je pense qu'on peut se demander combien de personnes ce genre de mesure là va toucher. Et, dans le genre de travail qu'on fait, c'est vraiment ce qui nous intéresse, c'est-à-dire combien de femmes monoparentales ça va toucher et les impacts que ça pourrait avoir sur ces personnes-là.

M. Couillard: Mais donc, essentiellement, il faudrait augmenter la contribution fiscale de la population pour couvrir ces coûts?

Mme Tessier (Danièle): Je pense que la fiscalité effectivement est un point par lequel on défend ce point de vue là. Peut-être que Mme Richer pourrait rajouter là-dessus, au niveau de la fiscalité.

Mme Richer (Thérèse): C'est qu'on vous suggère, à l'intérieur du mémoire et de nos représentations, de revoir l'ensemble du régime. On a déjà, en 1997, au moment de la première consultation, et par la suite, fait des représentations à l'effet que nous étions pour un régime universel unique. Ce qu'on vous demande, c'est de revoir l'ensemble. Et je pense qu'à partir d'une révision globale du régime actuel on pourrait peut-être, à l'intérieur de tout ça, trouver quelques solutions.

Ce matin, vous avez bien, de part et d'autre, essayé d'aller chercher quelles étaient les marges de profit notamment du côté des assureurs, mais vous n'avez pas eu beaucoup de réponses. Mais, s'ils y tiennent, ça doit être parce qu'il y a des profits qui se font là et qui devraient être mieux partagés, à mon avis.

M. Couillard: On a également entendu que ça s'accompagnerait d'un alourdissement marqué de la fiscalité québécoise. Ça, je pense qu'on ne peut pas le nier.

● (16 h 40) ●

Il y a également toute la question de l'équilibre entre la prospérité, la génération de la prospérité et la redistribution dans une société, puis, ce matin, on en a discuté avec un économiste — en fin de séance, ce matin, je ne sais pas si vous avez entendu cette discussion. Et dans le cas de la règle de 15 ans, et dans le cas du prix de référence aucun des deux partis politiques qui est aujourd'hui devant vous, lorsqu'ils ont exercé le pouvoir, n'a jugé bon de revoir cette politique-là, faisant donc probablement le raisonnement que la présence chez nous de cette industrie de pointe, particulièrement importante dans les années qui viennent pour le Québec, est essentielle pour le développement économique du Québec et la présence aussi d'une richesse collective que par la suite on peut redistribuer. Comment expliquez-vous le fait que deux formations politiques qui pourtant, sur plusieurs points, ont des opinions assez divergentes, sur cette question, aient une vision cohérente et continue?

Mme Richer (Thérèse): ...l'importance des compagnies pharmaceutiques dans le développement économique, sauf que, oui, j'ai pris une partie de débat de ce matin et de ce midi, et on en arrivait à parler justement fiscalité, retombées économiques, et je pense que ça appartient à un autre ministère que de voir à la santé économique de ces entreprises-là. Donc, je pense que le ministère de la Santé a à se préoccuper des innovations, de voir à ce qu'on puisse développer des médicaments qui puissent venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé et, si possible, à l'extérieur, par exemple, du système hospitalier quand c'est possible, parce que c'est de plus en plus possible. Mais ce matin... Pardon, j'ai perdu le fil de ce que je voulais dire, je suis désolée.

M. Couillard: Je vais...

Une voix: ...

Mme Richer (Thérèse): Ah oui! C'est ça, c'est les retombées. Vous avez aussi, de part et d'autre, ce matin, essayé de démontrer qu'on n'avait pas nécessairement les retombées face aux investissements qui étaient faits justement pour être une fidèle terre d'accueil pour ces entreprises-là. Alors, je pense qu'on a des questions à se poser de ce côté-là aussi.

M. Couillard: C'est-à-dire qu'on a démontré qu'il y avait des retombées importantes, mais on veut les rendre encore plus intéressantes.

Mme Richer (Thérèse): En deçà de ce qu'il était possible d'obtenir probablement.

Mme Tessier (Danièle): J'aimerais peut-être juste rajouter...

Le Président (M. Copeman): ...

Mme Tessier (Danièle): Pardon?

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Mme Tessier (Danièle): Oui, excusez, je n'ai peut-être pas... Si on examine la politique du médicament en Australie, on a vu qu'ils ont été capables de vraiment séparer ce qui était de l'ordre du développement de l'industrie pharmaceutique de ce qui était de l'ordre du ministère de la Santé. Et je pense que c'est un peu le message qu'on essaie d'adresser, je pense qu'il n'y a rien... on n'est pas contre le fait que... du développement économique d'une industrie ou de toute industrie qui apporterait quelque chose au Québec. Ce n'est pas là la question, c'est la question qu'elle soit liée si intimement avec une politique de santé. Je pense que d'autres groupes l'ont dit, je pense qu'on redit encore la même chose, c'est assez clair.

Et je pense qu'à cet égard la politique australienne a mis sur pied beaucoup de mesures, et ce n'est pas que... L'industrie n'est pas loin de la santé — et je suis certaine que vous connaissez assez bien cette question-là, M. Couillard — elle n'est pas loin, elle est partie prenante du développement de la politique du médicament, mais son développement économique se fait de façon très distincte, et, bon, il n'y a pas de mélange, là, à ce niveau-là. Et je pense que c'est ça, le fond du message qu'on essaie de vous livrer.

M. Couillard: En fait, le cas de l'Australie est intéressant, puis on s'en inspire d'ailleurs pour quelques propositions. Vous vous souvenez du symposium... revue de médication à domicile en particulier. Effectivement, le cas de l'Australie est intéressant, mais il faut le prendre dans son contexte, il s'agit d'un pays qui est en Océanie. Nous sommes en Amérique du Nord, à deux pas de nos concurrents les plus actifs pour recueillir cette industrie-là. D'autre part, comme vous le savez, le système de santé australien est un système mixte, privé et public, également. Alors, il y a tout un contexte général qu'il faut également prendre en considération.

Et j'aimerais aborder la question du prix de référence, parce que vous nous suggérez d'utiliser cette méthode, juste vérifier notre compréhension réciproque de la méthode telle qu'elle s'applique ailleurs. Et je voudrais voir dans quelle mesure vous seriez confortables avec la façon dont elle s'applique dans les endroits où on le fait. Le prix de référence consiste, pour une classe de médicaments, à ne payer que le plus bas prix de, par exemple, quatre ou cinq produits qui ont une activité biologique jugée semblable par les organismes d'appréciation tels que le Conseil du médicament, ce qui signifie en pratique que, si un comprimé coûte 1 \$ et qu'un autre coûte 2 \$, l'État ne paie que 1 \$, et c'est le citoyen qui doit défrayer la différence entre le 2 \$ et le 1 \$ si lui, ou elle, ou son médecin décide que c'est le médicament de choix. Et bien sûr ce dollar de contribution n'est pas compté dans la contribution maximale.

Est-ce que vous pensez que les personnes que vous côtoyez, que vous représentez seraient favorables? On sait que, lorsqu'il y a une prescription faite par le médecin, il y a un lien de confiance très fort, là, qui s'établit entre le patient et le médecin, et le patient, avec raison, je crois, dans la plupart des cas, pense que son médecin a fait pour lui ou pour elle le meilleur choix. Donc, il se présenterait au comptoir, et on lui dirait: Écoutez, madame, pour cette prescription-là, vous devez nous déboursier, disons, 15 \$, et ce 15 \$ là n'est pas compté dans la contribution maximale.

Mme Tessier (Danièle): Je vous répondrais encore une fois par l'exemple de l'Australie. Je pense qu'ils ont développé parallèlement... en tout cas, en concertation avec la politique du médicament, toutes sortes de mesures qui font en sorte que les gens sont informés de ces informations-là, les gens connaissent comment ça marche et sont même en mesure de dire au médecin: Bien non, si vous voulez, prescrivez-moi donc celui-là parce que ça va me coûter moins cher. Ça coûte même moins cher à l'État, si on comprend bien la situation. Alors, je pense que ça, on parle d'information aux patients, d'information à la population. Et ça, s'il y a quelque chose qu'on peut faire sans avoir peur que ça nous coûte de l'argent, au Québec, c'est bien de prendre l'exemple de l'Australie au niveau de l'information qui est diffusée à la population, un peu comme j'ai donné comme exemple. Mais c'est incroyable l'information qui circule dans la population au sujet des médicaments, et ça, justement c'est la responsabilité citoyenne. À un moment donné, on est capable d'exercer son droit pour dire: Bien non, moi, je préférerais ça. Qu'est-ce que vous en pensez? C'est que le patient en vient à être capable lui-même de dire ça parce qu'il est informé que la politique sociale signifie ça, implique ça comme coûts, etc. Alors, moi, je pense que c'est une direction à prendre, c'est une direction de prévention également.

M. Couillard: Cette politique s'applique en Colombie-Britannique pour quatre ou cinq classes de médicaments. Ce n'est pas pour tous les médicaments mais pour certaines classes où, je suppose, l'analyse comparative est plus facile.

Pour ce qui est de l'introduction de médicaments sur la liste, vous soulignez à juste titre, parce que c'est

également notre position, qu'on doit bien faire la distinction entre les innovations marquées et celles qui le sont moins. Vous savez que des fois la zone est grise entre les deux et ce n'est pas toujours facile de faire la différence. Cependant, ce type de contrôle là s'associe nécessairement à un conseil du médicament du type de celui dont on s'est doté au Québec, s'associe nécessairement à la disposition de la liste d'exception et de certains critères spécifiques pour certains médicaments. Et on reçoit beaucoup de représentations de citoyens qui nous disent qu'ils ne veulent plus de liste d'exception, qu'ils voudraient que tous les nouveaux médicaments soient automatiquement inscrits sur la liste, ces mêmes citoyens qu'on représente tous de façon différente soit au niveau politique soit au niveau d'associations. Comment est-ce qu'on réussit à convaincre la population du bien-fondé de ces mécanismes de contrôle?

Mme Tessier (Danièle): Moi, je pense qu'on va tous être en mesure quelque part de répondre à ça. Et justement je reviens encore une fois à l'information qui est fournie aux citoyens par rapport aux médicaments. Est-ce qu'ils sont bien informés? Est-ce qu'ils sont conscients de qu'est-ce que ça veut dire, un médicament qui a une valeur ajoutée vraiment? Ou est-ce que justement on est malade, on a besoin d'être soigné, on veut avoir «the best», là, c'est certain? Et je pense que ça, ça peut vouloir dire une méconnaissance quelque part. Il peut y avoir une information citoyenne qui est insuffisante pour prendre une bonne décision et faire un bon choix. D'ailleurs, on le cite dans notre mémoire, deux médicaments sur 80, je crois, dans l'année 2004, je pense, là, si ma mémoire est bonne, avaient vraiment une valeur incrémentielle vraiment significative. Alors, écoutez, deux sur 80, on serait, là... On doit commencer à se questionner: Est-ce que la population est vraiment au courant de cette situation-là, de ces chiffres-là, de ces données-là? Et, là, je pense qu'on tombe aussi dans toute la publicité qui est faite autour des médicaments.

M. Couillard: Là-dessus, on est...

M. Tanguay (Charles): Parmi les choses...

M. Couillard: Pardon.

M. Tanguay (Charles): Pardon. Si je peux me permettre, parmi les choses préoccupantes, il y a le fait que bon nombre de coalitions de patients qui tournent autour d'une maladie ou d'une autre peuvent recevoir des fonds des compagnies pharmaceutiques et sont en quelque sorte des lieux d'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pouvoirs publics. Alors, la question de l'encadrement du marketing des produits pharmaceutiques fait partie de ces préoccupations-là, et il faut faire un contrepois public à ces pressions-là par de l'information impartiale financée par les gouvernements et à laquelle les citoyens pourront s'abreuver pour avoir une attitude plus critique vis-à-vis le médicament et pour avoir des comportements d'usage approprié des médicaments.

M. Couillard: Vous avez raison là-dessus. D'ailleurs, on est sur le même terrain que vous sur la

question de la publicité. Nous aussi, on considère que la publicité directe aux citoyens doit être proscrite. Évidemment, c'est la responsabilité du gouvernement fédéral de légiférer dans ce domaine-là, mais le Québec peut exprimer fortement sa position sur la question, et je crois que ce serait certainement approprié.

● (16 h 50) ●

Je terminerais en vous demandant vos suggestions quant à la représentation des citoyens à un organisme tel que la table de concertation, par exemple. C'est une représentation qu'on a entendue d'autres groupes également. Quels seraient d'après vous — évidemment, vous allez mentionner votre propre organisme probablement — quels seraient d'après vous les organismes les plus habilités à véritablement représenter l'intérêt des citoyens dans un forum semblable? Le type d'organisme, disons.

Mme Richer (Thérèse): Notre première préoccupation, c'est vraiment l'indépendance, hein? Alors, il faut vraiment que les organismes intéressés à la santé puissent démontrer qu'ils ne sont attachés à aucune source de financement pouvant les influencer d'une quelconque façon.

M. Couillard: O.K.

Le Président (M. Copeman): Merci. M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Merci, M. le Président. Alors, bonjour. Vous avez mentionné et vous avez fait état, dans votre mémoire et dans votre présentation de cet après-midi, de deux ou trois trucs qui m'apparaissent très importants en ce qui concerne l'accessibilité au régime, notamment que la sous-consommation entraînait, chez les personnes incapables de se procurer le médicament, des effets importants au niveau de la consultation en salles d'urgence, au niveau de l'hospitalisation, au niveau également, j'imagine, de la prévention secondaire et du développement accéléré d'un certain nombre de maladies, donc des coûts qu'on doit éventuellement calculer lorsqu'on examine cette question.

Vous avez également fait état de la pertinence d'offrir la gratuité aux personnes... pour reprendre votre expression, je pense, c'est toutes les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. Bon. On pourrait sans doute s'interroger à quel seuil vous faites référence, là, il y en a...

Mme Tessier (Danièle): ...mais je vous le donnerai.

M. Bouchard (Vachon): Oui, très bien. Alors, peut-être pourriez-vous m'indiquer à laquelle des mesures vous vous référez. Mais j'aimerais faire un commentaire. Nous sommes dans un environnement, ici, à la commission, d'échange d'informations. Vous nous en donnez, on vous en donne, nous vous écoutons et nous essayons de clarifier le plus limpidement possible, clairement possible les différentes questions que l'on aborde. Le ministre vous a posé la question à combien vous évaluiez votre proposition. À mon avis, le

ministre a lui-même une bonne idée du coût et du poids fiscal que cela pourrait représenter, je ne sais pas s'il veut partager avec nous ces informations.

M. Couillard: Non, il y a plusieurs études en cours là-dessus, je pense que je préférerais savoir de nos collègues si eux avaient évalué la question. Parce qu'il s'agit certainement d'une mesure de l'ordre de plusieurs centaines de millions de dollars en termes d'impact sur le coût du régime, donc il faut trouver une source de financement si évidemment on voulait aller dans cette direction.

M. Bouchard (Vachon): Bon. Alors, moi, je prends pour acquis que ces études, comme l'affirme le ministre maintenant, ne sont pas encore terminées et ne sont pas encore disponibles, mais il me semble que c'est le genre de données dont nous aurions besoin, à cette commission, pour pouvoir en discuter avec le plus de limpidité possible.

Maintenant, je remarque l'avancée qu'avait faite, pour ne pas dire la promesse... Je ne veux pas rentrer dans des chicanes partisans, mais l'avancée qu'avait faite le parti qui est maintenant au pouvoir le 7 avril 2003. C'était de reconnaître comme urgente la gratuité à la fois chez les personnes inscrites à l'aide sociale, d'une part, donc toutes les personnes inscrites à l'aide sociale et pas simplement les personnes qui ont des problèmes d'occupation d'un emploi, et, d'autre part, toutes les personnes inscrites au supplément de... qui recevaient du supplément de revenu garanti. Ce que le projet de politique a, c'est une couverture très partielle de cet engagement-là, c'est à peu près 10 % des personnes concernées. Mais vous allez plus loin, je pense, dans votre proposition, je pense que vous allez jusqu'à inclure les travailleurs et les travailleuses dont le revenu est insuffisant. Est-ce que je me trompe?

Mme Tessier (Danièle): Non, vous avez raison. D'ailleurs, le type de seuil qu'on utilise, c'est le seuil de pauvreté qui a été établi par le Conseil national du bien-être social en 2002, qui était à l'époque de 19 256 \$. De un, c'est un seuil qui est plus élevé que d'autres l'avancent, mais aussi ce qu'on convient évidemment, c'est que l'impact des coûts sur les travailleurs à faibles revenus est aussi grand. Et je suis sûre que tu...

Mme Richer (Thérèse): Bien, c'est qu'à l'heure actuelle aussi il y a beaucoup d'inéquités, là. Quand on parle des personnes qui sont sous le seuil de pauvreté, là, dans ces environs-là, il y a donc des travailleurs. D'autres sont venus vous le mentionner. D'un côté, il y a une partie qui est imposable, on paie des taxes. D'un côté aussi, les enfants et les étudiants ne sont pas couverts, de l'autre ils le sont. Il y a des différences aussi dans les pourcentages que les consommateurs doivent verser de leur poche, qui demandent parfois, là, des montants plus élevés.

Et les forfaits souvent sont aussi, là, pour les travailleurs à faibles revenus, des package deals, donc ils n'ont pas nécessairement le choix entre... pas toujours le a, le b et le c. Des fois, c'est le a pour tout le monde. Alors, les gens n'ont pas nécessairement... ils ne peuvent pas nécessairement choisir que l'assurance

médicaments, mais il faut qu'ils embarquent dans un paquet d'autres assurances qui viennent augmenter les coûts. Et je serais bien curieuse de savoir quelle est la part qui va vraiment aux primes de médicaments, je suis aussi intéressée que vous de le savoir, quelle part va vraiment aux primes d'assurance médicaments par rapport au reste. Et, si c'était distinct, il me semble qu'on aurait un éclairage, là, très intéressant sur les profits possibles dans ce domaine-là.

Et il y a un impact majeur. Vous savez, à travers l'intervention budgétaire, c'est quelque chose qu'on constate, oui, auprès des personnes assistées sociales qui n'ont vraiment pas le minimum pour vivre. Alors, le 17 \$ qu'il leur faut pour aller chercher des médicaments, ce n'est pas toujours possible. Et on a, parmi ces gens-là, des fois des gens qui relèvent de graves maladies, qui sont maintenant déclarés par l'aide sociale capables d'aller travailler, mais ils ne sont pas encore totalement rétablis, il faudrait qu'il continuent à prendre leurs médicaments, et ils ne les prennent pas. C'est la même chose pour les travailleurs. Un travailleur à pas trop hauts revenus qui tombe en congé de maladie pour une bonne dépression, il se pointe avec ses factures de pharmacie, il en a pour 100 \$, 150 \$ à s'acheter, il n'a pas les moyens. Correct, il va finir par être remboursé d'une partie, mais, en attendant, le 100 \$, il ne peut pas le déboursier. Alors, il y a toute une foule de problèmes, d'exemples qu'on pourrait vous donner, vous citer, comme ça, de gens qu'on rencontre au quotidien, qui nous fait dire qu'il faut revoir le tout.

M. Bouchard (Vachon): Je ne sais si vous avez eu l'occasion d'analyser ou de réfléchir à la proposition de la politique telle qu'elle est présentée maintenant en ce qui concerne la gratuité, mais la question que certains se posent est la suivante: Pourquoi offrir la gratuité aux personnes de 65 ans et plus qui reçoivent le maximum de supplément de revenu, alors que leur revenu est supérieur aux personnes qui sont inscrites à l'aide sociale? Est-ce que vous avez eu l'occasion de discuter de cela? Est-ce que vous avez eu l'occasion d'analyser ce problème? Est-ce que vous avez déjà eu l'occasion de rencontrer des groupes ou de...

Mme Richer (Thérèse): On s'est effectivement posé la question, on n'a pas eu de réponse. En tout cas, on n'a pas trouvé de réponse autre que probablement que c'était moins coûteux pour l'instant de procéder de cette façon-là, de satisfaire une partie des objectifs que, par exemple, les gens à l'aide sociale qui effectivement ont bien en deçà des gens qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti, bien qu'on est bien conscients que ce sont des gens d'un certain âge, donc qui ont sûrement plus de besoins côté médicaments, et que, s'ils ont le supplément maximum, c'est parce qu'ils ne sont pas bien riches non plus. Mais effectivement il y a une partie de la clientèle qui est encore plus pauvre et qui ne reçoit pas plus d'aide de ce côté-là ni même une indexation totale le 1^{er} janvier de chaque année.

● (17 heures) ●

M. Bouchard (Vachon): Mais alors, si on se place dans l'hypothèse que — et la politique est assez claire là-dessus — finalement les autres groupes seront couverts au fur et à mesure où l'efficience sera au

rendez-vous en ce qui concerne les coûts du régime et les rentrées, quelle réflexion faites-vous en termes de priorités? Parce que c'est comme si on était placés dans une situation où votre proposition de couverture de l'ensemble des personnes qui déclarent un revenu insuffisant n'était pas reçue. Par ailleurs, le choix qui est fait, semble-t-il, atteint un très faible pourcentage de population. Mais, si vous aviez une recommandation à refaire devant cette réalité-là ou devant ces faits-là, est-ce que vous maintiendriez votre proposition d'une couverture de l'ensemble des personnes ou vous accepteriez de revoir les priorités?

Mme Richer (Thérèse): C'est une excellente question. Je ne sais pas. Ça mériterait réflexion, je pense. Nos objectifs sont là, sont clairs. Mais bien sûr on voit bien qu'il y a toute une partie de la population, à l'étape actuelle, par exemple les personnes seules, qui se tire assez mal d'affaire, tant du côté logement que de tout un paquet de volets. Alors, ces personnes-là vivent actuellement dans une très grande pauvreté, une très grande misère.

M. Bouchard (Vachon): Et elles ne sont pas prévues dans la couverture offerte dans le cadre de la politique actuelle?

Mme Richer (Thérèse): Non, pas à ce qu'on sache. En tout cas, à moins de gains d'efficience... Mais, là, on verra.

M. Bouchard (Vachon): Très bien. Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames et monsieur, bienvenue à cette commission au nom de l'opposition officielle. Votre mémoire nous apparaît... en tout cas, il me semble très intéressant à plusieurs égards. Mon collègue vous a posé des questions qui nous préoccupent beaucoup.

Moi, j'aimerais savoir... L'Union des consommateurs, vous êtes en contact continu avec des citoyens et des citoyennes souvent à faibles revenus et peut-être parfois, aussi, des gens qui ont quand même des revenus intéressants mais qui, pour toutes sortes de raisons, se retrouvent en difficulté. Est-ce que, dans les gens que vous rencontrez, que vous côtoyez, vous avez souvent des plaintes concernant la problématique du médicament? Et est-ce que ces plaintes-là sont toutes du même ordre ou d'ordres différents, là?

Mme Richer (Thérèse): C'est sûr que, selon qu'on parle des personnes à très faibles revenus ou à revenus moyens et à l'occasion à revenus plus élevés, les difficultés ne sont pas nécessairement les mêmes, là. Si on parle de gens qui sont vraiment démunis, là on parle d'accès. Là, même le petit 17 \$, bien, des mois, ça va, des mois, ça ne va pas, hein? Alors, c'est certain que les gens disent: Bien, là, j'aurais besoin de ça, mais je ne suis pas capable d'aller le chercher. Les travailleurs qui doivent déboursier 100 % du coût, dans un premier

temps, et qui se font rembourser trois semaines, un mois, un mois et demi après, effectivement ça pose aussi un très grand problème d'accès, parce que des fois ils vont retarder, ils vont retarder. Ce n'est pas toutes les pharmacies qui acceptent de prendre des ententes, de faire des factures puis d'attendre d'être payées, ce n'est pas leur mandat non plus. Donc, il y a des difficultés de ce côté-là, particulièrement quand c'est des médicaments qui touchent des enfants, par exemple. Alors, c'est des difficultés qui sont réelles.

Et, même chez les gens qui ont des revenus plus élevés, comme vous le disiez, c'est sûr que, nous, on rencontre des gens qui vivent des problèmes d'endettement, donc qui ont déjà commencé à couper un peu partout dans le budget. Et malheureusement les médicaments aussi font partie du lot des coupures, avec tout ce que ça peut avoir comme impacts négatifs, ça, assurément. Donc, des fois, le fait de devoir déboursier la totalité immédiatement avant d'être remboursé, ça pose un grand problème d'accès.

Mme Charest (Rimouski): Merci, madame, compte tenu du temps.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Richer, Mme Tessier, M. Tanguay, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Union des consommateurs. Et j'invite immédiatement les représentants de l'Organisation d'aide aux sans-emploi, ODAS-Montréal, à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, en souhaitant la bienvenue à Mme Thériault et M. Lévis, de l'Organisation d'aide aux sans-emploi, à Montréal, ODAS-Montréal, je vous rappelle simplement nos façons de procéder: vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation, et ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je ne sais pas qui commence. M. Lévis. Alors, nous vous écoutons.

Organisation d'aide aux sans-emploi (ODAS-Montréal)

M. Lévis (Simon): Tout d'abord, merci à la commission de bien vouloir nous accueillir. Je vais commencer par faire une brève présentation de l'organisation au sein de laquelle nous oeuvrons.

D'abord, depuis sa fondation en 1985, l'Organisation d'aide aux sans-emploi de Montréal est une organisation communautaire autonome venant en aide aux personnes à l'aide sociale dans son milieu, le Sud-Ouest de l'île de Montréal. L'ODAS-Montréal est un organisme administré et géré par des personnes dûment élues au suffrage universel par nos membres réunis en assemblée générale. L'ODAS-Montréal entretient des liens étroits et significatifs avec les ressources des milieux institutionnel et communautaire, dont les centres locaux de services communautaires — les CLSC — les Églises de Montréal et les groupes d'entraide et de solidarité. Nous sommes membres du Front commun

des personnes assistées sociales du Québec. L'ODAS-Montréal est un organisme financé par Centraide Grand Montréal, le Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec et diverses communautés religieuses.

Alors, d'abord, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Dr Philippe Couillard, a déposé publiquement, le vendredi 11 décembre 2004, le projet de politique du médicament du gouvernement du Québec. Je ferai une brève présentation du contexte du projet de politique du médicament.

Donc, jusqu'au 1er janvier 1997, la totalité des personnes à l'aide sociale ainsi que des personnes âgées bénéficiaient de la gratuité des médicaments. En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments adoptée à l'Assemblée nationale du Québec, le gouvernement du Québec a instauré, en 1997, le régime général d'assurance médicaments. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance médicaments, tous les citoyens du Québec sont couverts par une assurance médicaments.

Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, avant l'adoption de la Loi sur l'assurance médicaments, près de 17 % de la population québécoise n'avait aucun accès à une assurance pour couvrir ses besoins en médicaments requis par son état de santé. Actuellement, près de 3,2 millions de personnes sont couvertes par le régime public tandis qu'environ 4,3 millions ont une couverture offerte par le secteur privé.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, par l'intermédiaire de la partie publique du régime général d'assurance médicaments, est responsable d'offrir la couverture des médicaments pour les personnes âgées, les prestataires à l'aide sociale et pour près de 1,8 million de Québécois qui n'ont pas d'accès à un régime collectif privé d'assurance.

Suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance médicaments, les prestataires à l'aide sociale et les personnes âgées ne bénéficiaient plus de la gratuité des médicaments. Lors des consultations de la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec chargée d'examiner le projet de loi n° 33 qui créait le régime d'assurance médicaments, le Front commun des personnes assistées sociales a dénoncé la perte de la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées bénéficiant du supplément de revenu garanti.

Un rapport d'un groupe de chercheurs de l'Université McGill sur l'impact du régime général d'assurance médicaments, publié en 1999, établissait que le nouveau régime d'assurance médicaments avait eu plusieurs conséquences négatives pour les personnes assistées sociales et les personnes âgées, soit une baisse de la consommation de médicaments d'ordonnance plus importante auprès des personnes assistées sociales et que cette baisse avait entraîné une augmentation du nombre d'hospitalisations, d'institutionnalisations et de décès, de visites médicales et de visites à l'urgence.

Suite aux pressions des groupes et organismes de la société civile, le gouvernement du Québec a présenté, à l'Assemblée nationale du Québec, un projet de loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments afin de rétablir la gratuité des médicaments pour les prestataires à l'aide sociale ayant des contraintes sévères à l'emploi, autrefois appelée Soutien financier.

Malgré cette modification législative, les personnes à l'aide sociale sans contraintes sévères à l'emploi ainsi que les personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale ou partielle du supplément de revenu garanti et ayant des problèmes de santé ou étant en perte d'autonomie n'ont pas accès aux médicaments en raison de la faible prestation reçue en vertu des programmes de l'État. Face à cette situation, notre organisation a continué de militer en faveur du retour de la gratuité des médicaments pour les personnes à faibles revenus, dont les personnes assistées sociales et les personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale ou partielle du supplément de revenu garanti.

● (17 h 10) ●

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi n° 112, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette loi, maintenant en vigueur, stipule des objectifs généraux et spécifiques en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Même si cette loi ne prévoit pas spécifiquement l'obligation pour l'État de rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale ainsi que pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti, cette loi prévoit de rendre accessibles des services en matière de santé qui soient adaptés aux besoins spécifiques des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale. Dans le respect de l'esprit de cette loi, notre organisation estime que les médicaments font partie des services de santé qui doivent être accessibles aux personnes en situation de pauvreté.

Au cours du débat entourant la consultation publique relative à l'adoption du projet de loi n° 112, la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, un vaste consensus s'est dégagé entre les forces progressistes de la société pour demander le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti.

D'ailleurs, le Parti libéral du Québec, à titre de parti assumant l'opposition officielle, aurait proposé à l'Assemblée nationale du Québec, lors de l'adoption du projet de loi n° 112, d'inscrire cette mesure dans le projet de loi. Lors de la dernière élection d'avril 2003, le Parti libéral du Québec, dans sa dernière plateforme électorale, s'était engagé à rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti. Depuis son élection, le gouvernement du Québec dirigé par le Parti libéral a maintenu le statu quo pour ces deux groupes de personnes, soit une franchise et coassurance de 16,67 \$ par mois. Plusieurs organisations de la société civile ont dénoncé le non-respect de cet engagement par le gouvernement du Québec dirigé par le Parti libéral de revenir à la gratuité des médicaments pour les prestataires à l'aide sociale et les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti.

Dans le plan d'action visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le gouvernement du Québec ne prend aucun engagement concernant le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées. Le gouvernement du Québec annonçait sa décision de préciser ses intentions lors du dépôt de la politique du

médicament du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le gouvernement du Québec souscrivait néanmoins au principe suivant: cette politique permettra de favoriser le mieux-être de la population, tout particulièrement des personnes les plus vulnérables, en garantissant un accès équitable et raisonnable aux médicaments.

Suite à la publication de ce plan d'action gouvernemental, plusieurs groupes de la société civile ont réagi en dénonçant cette situation, dont notre organisation, le Front commun des personnes assistées sociales du Québec, le Collectif pour un Québec sans pauvreté, la Confédération des syndicats nationaux et le Parti québécois. D'ailleurs, le porte-parole de l'opposition officielle en matière d'emploi et de solidarité sociale et député du Parti québécois, M. Camil Bouchard, dénonce le non-respect par le Parti libéral du Québec des engagements électoraux en vue du rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes visées.

Selon les informations obtenues par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Dr Philippe Couillard, aurait affirmé, le 21 mai 2004, en marge du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament, qu'il n'avait pas les moyens de rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes à faibles revenus.

Dans ce contexte et suite à des rumeurs persistantes à l'effet que l'État du Québec n'aurait pas l'intention, dans le cadre de la politique du médicament du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, de rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes âgées bénéficiant de la prestation maximale ou partielle du supplément de revenu garanti et les personnes à l'aide sociale, notre organisation a entrepris, au cours des mois de septembre et d'octobre 2004, une campagne de pétition pour le retour, à titre de mesure urgente et immédiate, de la gratuité des médicaments pour ces personnes. Cette initiative a été appuyée par le Front commun des personnes assistées sociales du Québec, par le Collectif pour un Québec sans pauvreté et de nombreux organismes et associations d'entraide et de solidarité. Au cours de cette courte période de temps, 3 451 Québécoises et Québécois ont souscrit au contenu de cette pétition. De plus, 82 organismes-ressources des réseaux communautaire et institutionnel provenant de l'ensemble du territoire québécois ont appuyé formellement, par déclaration écrite, cette pétition.

Par l'entremise du député M. Russell Copeman du Parti libéral du Québec, notre organisation a procédé formellement, le jeudi 25 novembre 2004, au dépôt, à l'Assemblée nationale du Québec, de pétitions demandant, à titre de mesure urgente et immédiate, de bien vouloir rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale, les personnes âgées bénéficiant de la prestation partielle ou maximale du supplément de revenu garanti ainsi que pour les personnes âgées de 60 à 64 ans titulaires du carnet de réclamation du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille du Québec.

Dans le cadre d'une démarche non partisane, la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et de condition des aînés et députée du Parti québécois, Mme Louise Harel, et le porte-parole de

l'opposition officielle en matière d'emploi et de solidarité sociale, M. Camil Bouchard, ont soutenu publiquement notre pétition adressée aux parlementaires québécois. Dans un contexte de transparence, notre organisation a invité le chef du Parti libéral et premier ministre du Québec, M. Jean Charest, et le chef de l'Action démocratique du Québec, M. Mario Dumont, à soutenir publiquement notre pétition. Nos demandes sont demeurées sans réponse.

Notre organisation est intervenue auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Philippe Couillard, pour lui demander de reconsidérer sa décision en lui proposant de rétablir, dans son projet de politique du médicament, la gratuité des médicaments pour les clientèles ci-haut mentionnées. De plus, notre organisation a interpellé le ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille du Québec, M. Claude Béchar, pour qu'il intervienne dans ce dossier auprès de ses collègues du Conseil des ministres du gouvernement du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le ministre des Finances du Québec, Me Yves Séguin.

Le 16 décembre 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Dr Philippe Couillard, rendait public, au nom du gouvernement du Québec, le projet de politique du médicament. Ce projet de politique du médicament du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec s'articule autour de quatre axes, soit l'accessibilité aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable pour les médicaments, l'utilisation optimale des médicaments et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Ce projet de politique du médicament présente 34 positions ministérielles portant sur ces quatre axes de la politique. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité des thèmes ou des problématiques traités dans la politique du médicament, notre organisme limitera ses commentaires généraux à la thématique de l'accessibilité aux médicaments.

Dans le chapitre traitant de l'accessibilité aux médicaments, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec aborde tout particulièrement la problématique de l'accessibilité financière aux médicaments. En lien avec cette problématique, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec s'interroge sur la capacité financière de l'État et sur la capacité financière des assurés. Concernant la capacité financière de l'État, le ministre de la Santé et des Services sociaux allègue que les ressources fiscales et financières de l'État sont restreintes et que le secteur de la santé et des services sociaux dans son ensemble représente déjà, en 2004-2005, 43 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec. Le ministre anticipe que les changements démographiques, le progrès technologique de même que l'évolution des pratiques médicales contribueront à accroître, au fil des ans, la part des dépenses publiques allouées à la santé et aux services sociaux.

Le ministre conclut que les sommes disponibles pour financer l'augmentation du coût du système de santé et des services sociaux, dont fait partie l'assurance médicaments, devraient donc être limitées. Le ministre précise que le fardeau fiscal des Québécois était, en 2001, le plus élevé de toutes les provinces canadiennes. Selon le ministre, dans un tel contexte, il ne saurait être

question de financer l'accroissement du coût de l'assurance médicaments par un accroissement du fardeau fiscal des Québécois. Le ministre conclut qu'il apparaît donc impératif de maintenir le principe d'un partage de coûts de l'assurance médicaments entre le gouvernement et les assurés et de mettre en place les mesures nécessaires pour favoriser une meilleure utilisation du médicament.

Notre organisation est extrêmement critique face à l'argumentation du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec concernant la capacité financière de l'État dans le contexte actuel des finances publiques du Québec. En effet, le discours du ministre est difficile à concilier avec l'annonce de son gouvernement de procéder à une réduction massive des impôts des particuliers, de l'ordre de 5 milliards de dollars, au cours des prochaines années. Cette réduction massive des impôts des particuliers équivaut à une baisse significative des revenus fiscaux de l'État. Une baisse substantielle des revenus de l'État signifie une réduction des sommes allouées pour le maintien des services publics de qualité pour l'ensemble de la population du Québec.

Nous tenons à rappeler au ministre de la Santé et des Services sociaux que, par la fiscalité, l'État québécois est en mesure d'assumer pleinement son rôle d'État-providence qui lui est dévolu depuis la Révolution tranquille, soit d'assurer une redistribution de la richesse entre les Québécoises et les Québécois et ainsi lutter contre les inégalités sociales et protéger les plus démunis et les plus pauvres de la société. D'ailleurs, divers sondages ont clairement indiqué que les Québécoises et les Québécois sont peu favorables à une réduction massive des impôts si cela compromet le maintien des services publics et la solidarité sociale.

Notre organisation estime que, même dans l'état actuel des finances publiques du Québec, l'État québécois est en mesure, à même les sommes prévues dans le budget alloué au secteur de la santé et des services sociaux, de procéder immédiatement au rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale sans contraintes sévères à l'emploi et les personnes âgées recevant la prestation maximale ou partielle du supplément de revenu garanti.

● (17 h 20) ●

En effet, selon l'estimation du Collectif pour un Québec sans pauvreté, notre demande pour le retour de la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale et les personnes âgées bénéficiant du supplément partiel ou maximal du supplément de revenu garanti occasionnerait pour l'État du Québec des déboursés annuels totaux de 23 millions de dollars. Cette option, au plan budgétaire, est donc valable. Dans une pure logique comptable, l'État réalisera des économies substantielles en assurant le retour de la gratuité des médicaments pour ces personnes, car l'État évite les coûts sociaux et juridiques ainsi que ceux du réseau de la santé et des services sociaux occasionnés par la baisse de consommation des médicaments. D'ailleurs, ce constat est corroboré par les conclusions du rapport du Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.

Dans le contexte des prochaines négociations fédérales-provinciales sur l'instauration d'un régime canadien d'assurance médicaments, le Québec sera en

mesure d'obtenir des fonds additionnels. D'ailleurs, lors de la récente entente Québec-Canada relative à la santé, le Québec a obtenu des fonds substantiels du fédéral. À même ces fonds fédéraux supplémentaires, notre organisation estime que le gouvernement du Québec sera en mesure d'établir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes à faibles revenus.

Dans une perspective plus générale, le retour à la gratuité des médicaments s'inscrit dans un chantier plus vaste, soit celui évidemment de la lutte à la pauvreté. Depuis l'adoption du projet de loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Parlement du Québec a identifié comme priorité nationale la lutte à la pauvreté. L'Exécutif a l'obligation de respecter les vœux du Parlement. Les actions entreprises par le gouvernement du Québec dirigé par le Parti libéral depuis son élection, en avril 2003, vont à l'encontre de cette priorité décrétée par les parlementaires, car elles accroissent l'appauvrissement des plus démunis de la société. Par ses actions initiatives, le gouvernement du Québec se trouve en rupture avec les forces vives et progressistes de la société civile. Ces actions gouvernementales fragilisent la cohésion sociale et la solidarité sociale, par le fait même.

Notre organisation croit que le dialogue entre le gouvernement du Québec et la société civile est mal engagé. Notre organisation invite le premier ministre actuel du Québec, l'honorable Jean Charest, à reprendre l'initiative en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale et à réengager le dialogue avec la société civile en proposant une approche plus consensuelle et plus respectueuse de la culture politique et des valeurs partagées par l'ensemble des Québécoises et des Québécois. Parmi ces valeurs, mentionnons celles de justice sociale, de tolérance, de solidarité sociale ainsi que la compassion.

Nous tenons à rappeler au gouvernement du Québec que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, adoptée à l'unanimité par les parlementaires québécois, a fait l'objet d'un vaste consensus au sein de la société civile. Cette loi-cadre consacre le principe du maintien de l'État-providence mettant ses ressources en vue de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans cette perspective, l'État québécois doit se recentrer sur sa mission sociale fondamentale, soit la protection des plus démunis. Cette loi-cadre s'inscrit dans une dynamique de consolidation des acquis sociaux de la Révolution tranquille. Le bien commun commande au gouvernement du Québec d'assumer ses responsabilités concernant la protection des personnes les plus démunies, dont les personnes à l'aide sociale.

Dans la prochaine section, je vais passer à l'étude critique des propositions ministérielles liées à l'accessibilité financière aux médicaments. Les propositions ministérielles concernant l'accessibilité financière aux médicaments se formulent comme suit: le ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite, dans un premier temps, maintenir l'accessibilité financière aux médicaments en tenant compte de la capacité de payer des citoyens; rendre gratuit l'accès aux médicaments pour les personnes âgées qui bénéficient de la prestation maximale du supplément de revenu garanti; et, dans un deuxième temps, et au rythme des

gains d'efficience réalisés grâce aux mesures d'utilisation optimale et aux ententes de partenariat, étendre la gratuité ou alléger les contributions, selon le cas, aux clientèles à faibles revenus.

En lien avec ces propositions ministérielles, notre organisation désire formuler certains commentaires et observations. Notre organisation est heureuse de constater que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec réaffirme le principe général de maintenir l'accessibilité financière aux médicaments en tenant compte de la capacité de payer des citoyens. Selon notre organisation, l'action gouvernementale en matière d'accessibilité financière aux médicaments doit être balisée par ce principe fondamental et incontournable.

Quant à la proposition ministérielle concernant les personnes âgées, notre organisation, à l'instar de la FADOQ—Mouvement des aînés du Québec, est heureuse de constater que le ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite rétablir la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant la prestation maximale du supplément de revenu garanti. Cette proposition ministérielle s'inscrit dans le respect du principe d'assurer l'accessibilité financière aux médicaments sur la base de la capacité financière.

Quant à sa troisième proposition ministérielle, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec reporte à plus tard la décision d'étendre la gratuité des médicaments à d'autres clientèles à faibles revenus. De plus, le ministre rend cette décision conditionnelle à des gains d'efficience réalisés aux mesures d'utilisation optimale et aux ententes de partenariat.

Le Président (M. Copeman): M. Lévis, je suis avec beaucoup d'intérêt votre présentation, mais il reste une minute.

M. Lévis (Simon): Une minute.

Le Président (M. Copeman): Oui. Alors, je ne peux pas vous conseiller quoi faire, sauf qu'il reste une minute.

M. Lévis (Simon): D'accord. Donc, nous tenons à rappeler aux parlementaires de la Commission parlementaire des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec qu'ils ont l'obligation d'examiner et d'étudier le présent projet de politique du médicament en fonction des objectifs poursuivis par la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Nous invitons ces parlementaires à assurer, face à l'Exécutif, leur rôle de législateurs et de représentants du pouvoir législatif. Dans notre système politique, le Parlement est habilité à exercer un contrôle sur l'action gouvernementale. L'Exécutif est imputable de son action devant les députés.

À ce titre, nous aimerions émettre quatre recommandations: dans un premier temps, rétablir, à titre de mesure urgente et immédiate, la gratuité des médicaments pour les personnes à l'aide sociale; rétablir, à titre de mesure urgente et immédiate, la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant la prestation partielle ou maximale du supplément de revenu; et enfin d'établir, au cours de l'exercice fiscal

2006-2007, la gratuité des médicaments pour l'ensemble des travailleurs à faibles revenus disposant d'un salaire annuel brut de 15 000 \$ ou moins. Je vous remercie.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Lévis et Mme Thériault, pour votre présentation aujourd'hui. Effectivement, vous avez fait un historique intéressant de la genèse de notre système d'assurance médicaments depuis son introduction, en 1997, et vous avez également illustré le compromis historique qui a eu lieu à ce moment-là. Puis je ne veux pas nécessairement me faire l'avocat du parti actuellement à l'opposition, mais je pense qu'à l'époque il y avait un relatif consensus quant à la direction qu'on prenait, qui était de reconnaître, comme vous le dites, qu'il y avait environ 1,5 million de Québécois qui n'avaient aucune couverture d'assurance médicaments, donc d'élargir le panier de couvertures au moyen de ce système qui était choisi comme étant un système mixte, ce choix d'un système mixte ayant été renouvelé par la suite, au début des années 2000, et que bien sûr, à cette augmentation du panier de couvertures, s'associait la double participation, d'une part, des citoyens, d'autre part, de l'État, au fonctionnement du régime. Est-ce que vous remettez en question ce modèle-là ou vous considérez qu'il doit demeurer?

M. Lévis (Simon): Notre position est surtout basée sur les fondements de notre société: les assises de l'État-providence. Suite à notre étude de la politique du médicament, nous avons malheureusement constaté que vous n'aviez pas rempli votre promesse électorale de rétablir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes à l'aide sociale. Notre position sur cette question touche notamment les coûts financiers du rétablissement de la gratuité des médicaments, dont je n'ai pas eu la chance de traiter au courant de mon exposé, mais on sait qu'il s'agit d'une goutte dans l'océan du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, soit 23 millions de dollars sur une base annuelle, pour permettre aux deux tiers des personnes à l'aide sociale puis à l'ensemble des personnes recevant le supplément de revenu garanti partiel ou maximal l'accessibilité à des médicaments, chose qu'ils n'ont pas actuellement.

Donc, je ne désire pas me prononcer sur le modèle d'assurance médicaments que nous avons actuellement, mais bien faire valoir les droits et les intérêts des personnes que nous représentons à l'Organisation d'aide aux sans-emploi de Montréal.

M. Couillard: Oui. D'ailleurs, votre présentation est fort éloquente à ce sujet-là. D'ailleurs, je vous félicite pour l'énergie avec laquelle vous la communiquez. Vous vous prononcez pour le modèle d'un État-providence. Vous endossez vous-mêmes ce terme-là. Le paradoxe du Québec, si on peut l'appeler ainsi, c'est d'avoir le niveau de services publics certainement le plus élevé — et on en est contents, on en est fiers collectivement — en Amérique du Nord, ou parmi les

plus élevés certainement, associé à une richesse collective par contre qui n'est pas à la hauteur en termes de revenus per capita ou de disponibilité de ressources à redistribuer. Comment est-ce que vous faites l'équilibre entre, pour une société, le devoir de redistribuer la richesse et les autres mesures produisant plutôt la croissance économique, la croissance de l'emploi, qui permettent à cette richesse d'être créée?

M. Lévis (Simon): C'est que l'équilibre, dans le cas qui nous intéresse ici, est assez facile à établir. C'est que, dans un premier temps, comme je l'ai mentionné, il en coûterait 17 millions, sur une base annuelle, pour que l'ensemble des personnes à l'aide sociale puissent bénéficier de la gratuité des médicaments et 7 millions supplémentaires pour l'ensemble des personnes qui reçoivent le supplément de revenu garanti.

● (17 h 30) ●

Le fait est qu'il y a des études qui ont démontré qu'il y avait un contrecoup important pour la société à ne pas garantir la gratuité des médicaments pour les clientèles visées dans le cadre de notre intervention. C'était notamment le cas du rapport du Comité de la pertinence et de la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments du Québec. C'est-à-dire qu'on disait que justement, par le régime qui a été instauré en 1997, on subit des coûts évidemment sociaux, des frais juridiques ainsi qu'une baisse de la consommation des médicaments des clientèles visées, ce qui a pour conséquences inévitables bien sûr une hausse de la fréquentation des hôpitaux, une hausse des consultations dans les cliniques, une hausse de la prescription de médicaments et évidemment des hospitalisations. Donc, c'est un contrecoup que la société québécoise subit inévitablement en ne garantissant pas aux personnes visées la gratuité des médicaments. Donc, l'équilibre, à mon sens et au sens de notre organisation, est très simple à établir. C'est le fait que le contrecoup, je tiens à le rementionner, le contrecoup est probablement plus important que le coût qu'il en coûterait à la société pour rétablir à nouveau la gratuité des médicaments pour les clientèles visées.

M. Couillard: Dans le but de mettre à niveau ceux et celles qui nous écoutent sur la situation actuelle pour les prestataires d'assurance-emploi, comme vous le savez, là, les prestataires avec contraintes sévères à l'emploi ont la gratuité depuis plusieurs années... assistance-emploi, et ceux qui n'ont pas de contraintes à l'emploi ont en fait un gel de leurs contributions, depuis plusieurs années, à 16,66 \$ par mois, pour un maximum d'environ 200 \$ par année, et bien sûr les enfants sont couverts gratuitement.

Bien sûr, on veut progresser dans la direction de ce dont on avait parlé avant l'élection d'avril 2003 et on commence par un premier groupe que vous avez identifié. Advenant le cas où on évalue, et c'est notre devoir de le faire, que la richesse collective ne permet pas tout de suite d'arriver au but souhaité et qu'on décide de procéder par étapes et par clientèles prioritaires, quelle serait d'après vous la prochaine clientèle prioritaire, après celle qui a été touchée dans cette première mesure pour les personnes âgées à supplément de revenu garanti maximum?

M. Lévis (Simon): Évidemment, sachant que les personnes les plus vulnérables de notre société sont actuellement les personnes à l'aide sociale puis qu'actuellement il y a les deux tiers des personnes à l'aide sociale qui ne bénéficient pas de la gratuité des médicaments, qui sont dans une situation précaire, nous considérons qu'il est inacceptable que ces gens-là soient délaissés, soient mis en plan dans le cadre de l'accès aux médicaments.

À ce titre, je peux vous dire qu'en tant que personne oeuvrant au sein des personnes à l'aide sociale on reçoit souvent des gens qui nous expliquent leur fameux dilemme à la fin du mois, qui est de payer leurs médicaments et de continuer leur cure ou d'opter pour l'épicerie ou encore certains déboursés pour le bien de leurs enfants. On parle de gens dans une situation critique, qui sont les gens que nous représentons. Puis je me surprends encore de vous entendre dire que le budget dont dispose le ministère de la Santé ne permettrait pas de rétablir la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes visées à l'aide sociale, c'est-à-dire pour les deux tiers des gens qui ne bénéficient pas actuellement de la gratuité des médicaments, soit environ 260 000 personnes, si ma mémoire est bonne.

De toute évidence, pour répondre à votre question, ce seraient les personnes à l'aide sociale. Mais il ne faut pas passer sous silence non plus que les personnes qui reçoivent le supplément de revenu garanti partiel sont une clientèle extrêmement précaire également. Donc, en termes de priorité, nous, évidemment on pêche pour notre paroisse, nous considérons, et à juste cause, que les personnes les plus démunies étant dans une situation la plus précaire présentement, au Québec, sont nécessairement les personnes à l'aide sociale.

M. Couillard: Vous ne pensez pas qu'on pourrait vous présenter l'argument que les personnes âgées sont les plus à risque de consommer un grand nombre de médicaments et devraient peut-être être priorisées dans une démarche graduelle?

M. Lévis (Simon): C'est un argument qui est valable quoique, dans les faits, tel que je l'ai présenté, pour ceux qui reçoivent le supplément de revenu garanti partiel ou maximal, il en coûterait 7 millions.

Je suis parfaitement d'accord avec le fait que les personnes âgées sont également une clientèle dans le besoin. Mais le fait est que nous ne comprenons pas la logique du présent gouvernement, qui est à l'effet de faire endosser une prime à des gens qui n'ont pas les moyens de la déboursier et évidemment d'accepter de subir les contrecoups de l'inaction dans le dossier en question.

Indépendamment de quelle clientèle est la plus méritante, je crois que c'est un faux discours qu'on... Par méritant, là... Je crois que c'est un faux discours qu'on entreprend ici, qui est typique des politiques néolibérales, c'est de cibler des groupes comme étant méritants, alors que, comme je l'ai mentionné auparavant, l'État du Québec est fondé sur des valeurs de social-démocratie et, depuis la Révolution tranquille, sur l'État-providence. Donc, il ne s'agit plus ici de cibler des clientèles afin de savoir qui est le plus méritant, à

savoir: Vous êtes une personne à l'aide sociale apte à l'emploi, vous ne méritez pas la gratuité des médicaments. Nous, on ressort de ce débat-là, on n'est pas intéressés à s'engager dans cette ligne-là. On constate simplement qu'il y a des personnes qui sont dans une situation précaire, les personnes que nous représentons, et nous venons ici présenter leur intérêt. Donc, nous ne sommes pas à même de sélectionner une clientèle en particulier, ça ne fait pas partie de la logique des regroupements communautaires mais aussi de la société civile en général.

M. Couillard: Mais par ailleurs vous le faites, puisque vous nous dites prioriser les prestataires d'assistance-emploi par rapport, par exemple, aux travailleurs qui ne sont pas sur l'assistance-emploi mais qui auraient un revenu équivalent.

M. Lévis (Simon): Un revenu équivalent. Bien, dans notre proposition — vous parlez de travailleurs — on demande justement le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes aptes et à bas revenus, soit de 15 000 \$ ou moins. Nous croyons que c'est aussi valable. Donc, on ne qualifie pas les clientèles comme étant plus méritantes ou moins méritantes. Nous sommes parfaitement conscients qu'il y a une masse, une grande partie de la population qui, au Québec, aurait intérêt à avoir accès gratuitement aux médicaments.

Comme je vous dis, nous, on représente une clientèle qui est extrêmement à risque, extrêmement précaire, puis, dans le contexte actuel puis dans le contexte qui prévaut depuis des décennies au Québec, nous avons beaucoup de difficultés à comprendre les politiques que le gouvernement actuel endosse, qui semblent tendre fortement vers le néolibéralisme et qui vont en ce sens à l'encontre des valeurs supportées par l'ensemble de la société civile québécoise, du mouvement communautaire, tous les acteurs et intervenants sociaux.

M. Couillard: En fait, il y a une continuité et une cohérence entre ce que fait le gouvernement actuel, dans le domaine de l'assurance médicaments, et ce que faisait le gouvernement précédent, en termes de contribution. Donc, vous semblez constater que le néolibéralisme est répandu uniformément parmi l'Assemblée nationale?

M. Lévis (Simon): Non, c'est simplement que, comme je vous dis, suite à la lecture de la politique du médicament et aux pressions qui ont été exercées et suite à votre promesse de rétablir la gratuité des médicaments, nous, ce qu'on a compris, c'est que le gouvernement a compris la nécessité, pour la clientèle visée, de rétablir la gratuité des médicaments, puis malheureusement on constate, dans la politique, dans le projet de politique du médicament, que la promesse n'a pas été remplie. C'est pour cette raison que nous sommes ici présents aujourd'hui.

M. Couillard: Mais vous dites que c'est un bon début, au moins, d'avoir couvert les personnes âgées à supplément de revenu garanti maximum.

M. Lévis (Simon): Absolument. Nous saluons d'ailleurs cette initiative.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Madame, monsieur, bienvenue à cette commission au nom de l'opposition officielle.

Ce que je retiens de vos commentaires, c'est que vous êtes là pour la défense des personnes sans emploi, ça inclut à la fois les personnes au chômage, à l'assistance sociale. Ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'à l'assistance sociale il y a les personnes avec des handicaps — déficience intellectuelle, déficience physique — qui n'ont pas choisi l'aide sociale, qui ont très peu de revenus, qui sont sous le seuil de la pauvreté et qui ont de nombreuses difficultés, compte tenu des handicaps qu'elles ont, et en plus il faut qu'elles se battent pour pouvoir avoir accès à un revenu minimum, sinon pour pouvoir se payer des services aussi essentiels que le médicament.

Est-ce que vous avez des exemples concrets de faits que les personnes que vous défendez, compte tenu qu'elles n'ont pas accès à la gratuité des médicaments et qu'elles ont fait le choix de faire des compressions dans leur budget qui est celui du médicament... des impacts que ça a eu sur leur état de santé? Est-ce qu'on... Parce que, moi, je pense tout de suite, là, hospitalisation, services à l'urgence, des choses comme ça. Est-ce que c'est des choses concrètes qui se produisent parmi les personnes que vous connaissez, que vous protégez, là, que vous tentez de protéger?

M. Lévis (Simon): Absolument. Nous avons reçu beaucoup de cas, à l'organisme, de personnes qui se présentaient et qui avaient ce fameux dilemme, là, à savoir: Est-ce que j'opte pour les médicaments ou j'opte pour l'épicerie? C'est un cas que nous voyons fréquemment. Mme Thériault pourrait d'ailleurs en ajouter sur la question, j'en suis persuadé.

Dans les faits, oui, puis c'est d'ailleurs ce qu'avait constaté un rapport de certains chercheurs de l'Université McGill, que j'ai cité un peu plus tôt, qui a d'ailleurs été repris par l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre de leur mémoire sur le projet de loi n° 38. Dans les faits, c'est qu'eux-mêmes ont constaté, dans le concret, de la même façon que nous... Évidemment, nous ne sommes pas à même de chiffrer, là, la quantité de personnes touchées. Ce que je peux vous garantir, c'est que c'est fréquent qu'on en rencontre, parmi nos membres d'ailleurs ou parmi les gens qui font appel à nos services. Puis d'ailleurs ça a été constaté dans le cadre d'une étude très sérieuse qui avait été menée sur la question. Donc, je peux vous en assurer, oui, des gens qui tombent gravement malades, grièvement malades suite justement au nonaccès aux médicaments. On commence une cure de médicaments, on n'est pas à même de la terminer. Ça fait partie de notre quotidien, je vous dirais.

Mme Charest (Rimouski): Dites-moi... Vous dites, à la page 14 de votre mémoire, que «dans le

contexte des prochaines négociations fédérales-provinciales sur l'instauration d'un régime canadien d'assurance médicaments — il me semble que c'est une promesse de M. Martin — le Québec sera en mesure d'obtenir des fonds additionnels». Est-ce que vous y croyez vraiment? Vous ne voyez pas non plus un inconvénient à ce qu'il y ait deux programmes d'assurance médicaments? Vous savez, les chevauchements et la multiplication des structures comme telles, ça ne m'apparaît pas être une solution aux problèmes que vous soulevez.

● (17 h 40) ●

M. Lévis (Simon): C'est-à-dire que nous sommes tous conscients que parfois il y a du chevauchement de juridictions, notamment en matière de santé. Le fait est que, nous, ce que nous venons proposer ici, c'est un débat sur la question, sur nos recommandations. Donc, nous considérons toutes les hypothèses, toutes les sources de revenus qui pourraient être à même de financer notre projet, qui est d'ailleurs une promesse qui apparaissait dans la dernière plateforme du Parti libéral du Québec lors de la dernière campagne électorale. Donc, dans les faits, en dehors de la question du chevauchement des juridictions, nous, indépendamment des inconvénients que ça pourrait constituer pour le Québec, on cherche toutes les sources possibles de financement, on croit que c'est possible, puis justement... Si, dans le cadre de ces fameuses négociations là, on est confiant de pouvoir obtenir des fonds d'Ottawa, mais pourquoi pas, à ce moment-là?

Mme Charest (Rimouski): Dans un autre ordre d'idées, je reviens sur les principes que vous énoncez pour votre plaidoyer. Ce que je retiens, c'est que le médicament n'est pas une marchandise au même titre que n'importe quelle marchandise, et c'est un peu, à partir des principes que vous défendez, pourquoi vous parlez de l'accessibilité universelle pour tous. Et je pense que là-dessus c'est important de souligner cet angle que vous avez pris pour défendre votre point de vue. Je vais laisser mon collègue vous poser une question parce que le temps est limité. Alors, merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): M. le Président, vous me permettez de faire une petite réflexion. Premièrement, une analogie, peut-être, qui serait peut-être éclairante sur votre scénario d'une amélioration du contexte budgétaire de l'assurance médicaments du Québec via un programme d'assurance médicaments du Canada, l'analogie pourrait se lire comme suit.

Nous avons installé, au Québec, un réseau des services de garde à tarif réduit qui, bon an mal an, exige des investissements de 1,4 milliard par année. Le gouvernement a annoncé un programme canadien des services de garde de 500 millions sur cinq ans. Vous voyez que l'écart entre les besoins et ce que le gouvernement canadien est prêt à investir, dans un programme qu'il qualifie de pan-national, est extrêmement grand et que le 165 millions d'ailleurs promis au Québec, lors de la première année, n'est pas encore

livré. Parce que nous avons développé déjà notre propre système, comme dans le cas du programme d'assurance médicaments, et que les négociations en vue de rapatrier ce transfert des sommes fédérales, c'est extrêmement pénible vu le fait que, comme nation qui a investi dans un programme, nous exigeons de pouvoir l'investir de la façon dont nous voulons, ce qui retarde considérablement les négociations. Alors, vous comprenez que l'optimisme manifesté vis-à-vis de cet ajout d'argent du fédéral, quant à une capacité d'améliorer le système, rencontre un peu de scepticisme de ce côté-ci de la Chambre.

Deuxième observation, et je ne vous demande pas de répondre à ceci, mais je ferai une deuxième observation quant à la marmelade néolibérale qu'a étendue allégrement le ministre tout à l'heure à l'ensemble des collègues autour de cette table. Je vous dirai que, très, très sincèrement, les faits sont les suivants. C'est que, durant la période électorale, les deux partis ont été approchés pour se commettre en termes de gratuité des médicaments pour les personnes inscrites à l'aide sociale et pour les personnes qui reçoivent le supplément de revenu garanti. Et je me souviens très bien de cette demande, je me souviens très bien des discussions que nous avons eues. Et, de ce côté-ci, nous avons pensé que nous ne pouvions nous commettre dans un engagement ferme en période électorale autour d'une notion d'urgence parce que nous manquions les études d'impact nécessaires pour prendre des décisions, ce qui n'a pas été le cas de l'autre côté. Et d'ailleurs le ministre le confirmait tout à l'heure, les études d'impact au niveau financier ne sont pas terminées. Alors, je voulais tout simplement faire le point là-dessus, parce qu'on ne peut pas tout mettre dans le même sac, le brasser et dire que tout le monde est pareil tout le temps.

M. Lévis (Simon): Si je peux peut-être ajouter un point sur votre premier commentaire, je comprends qu'on ne peut pas s'appuyer sur des conjectures pour le financement de notre projet, mais dans les faits, tel que je l'ai mentionné au début de la lecture du mémoire que nous avons produit, nous croyons qu'à même les sommes dont dispose actuellement le ministère de la Santé et des Services sociaux il serait possible de financer notre projet. Donc, on sait que 24 millions, dans les faits, c'est une goutte dans l'océan du budget de la santé et des services sociaux du Québec, c'est une part minime. Donc, indépendamment de ce fameux débat à savoir si on est à même d'obtenir des fonds du fédéral, je crois qu'il faut s'en remettre à l'état actuel du budget québécois, qui semble, à notre sens et au sens de plusieurs regroupements tels que le Collectif pour un Québec sans pauvreté, le Front commun des personnes assistées sociales et autres, à l'effet que le gouvernement a bel et bien... dispose en ce moment, dans son budget, des sommes pour réaliser la gratuité des médicaments pour l'ensemble des personnes à l'aide sociale ainsi que pour les personnes recevant le supplément de revenu garanti partiel.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, M. Lévis, Mme Thériault, merci beaucoup pour votre contribution à cette commission parlementaire au nom de l'Organisation d'aide aux sans-emploi de Montréal.

Et j'invite immédiatement les représentants de BioQuébec à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux. Avant même de donner la parole à nos invités, je présume qu'il y a consentement pour dépasser 18 heures.

Des voix: Consentement.

Le Président (M. Copeman): Consentement. Alors, MM. les représentants de BioQuébec, bonjour. Encore une fois, on s'excuse pour le délai assez remarquable dans nos travaux cet après-midi. Ce n'est jamais plaisant pour qui que ce soit. On vous prie de nous excuser pour ce délai qui était hors de notre contrôle, les membres de cette commission.

Alors, M. Bolduc, M. le président, bonjour. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation, et ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires des deux côtés de la table. Je vous prie de présenter les deux messieurs qui vous accompagnent et par la suite de débiter votre présentation.

BioQuébec

M. Bolduc (Bertrand): Tout à fait. Alors, bonjour, mon nom est Bertrand Bolduc. Je suis président de BioQuébec. Je vais laisser le soin à mon collègue Perry Niro, qui est directeur général de l'association, de débiter la présentation; et par la suite vous entendrez également mon ami Richard Cloutier, qui est vice-président, Sciences de la vie, chez Pôle Québec Chaudière-Appalaches et aussi membre de notre conseil d'administration. Alors, Perry.

M. Niro (Perry): Alors, merci, M. le Président. Alors, une brève présentation de BioQuébec. BioQuébec, c'est l'association des entreprises de biotechnologie et sciences de la vie du Québec. Nous regroupons 240 entreprises et organismes associés au développement du secteur biopharmaceutique. Nous avons parmi nos membres des entreprises de biotechnologies, des centres de recherche universitaires, des entreprises pharmaceutiques innovatrices, également des entreprises de recherche contractuelle. Nous avons également des membres qui sont situés sur l'ensemble du territoire du Québec.

Seulement un bref survol du secteur des biotechs. L'industrie des biotechnologies a été créée en réalité à partir de 1986, avec la création de BioChem Pharma, qui a donné lieu à la création du médicament 3TC contre le sida, que vous connaissez tous, médicament qui a été commercialisé par la multinationale Glaxo. En 1991, nous avions 17 entreprises en biotechnologie. Aujourd'hui, nous en avons environ 140. Essentiellement, les entreprises de biotechnologie, au Québec, ont en moyenne 50 employés. 70 % de ces entreprises-là ont été créées à partir de la recherche universitaire de nos universités, et le reste provient d'entreprises qui se sont établies au Québec.

L'industrie des biotechnologies investit chaque année 160 millions de dollars en recherche et développement. Alors ça, c'est un élément important. Et 80 % de ces entreprises-là oeuvrent dans le domaine thérapeutique et biopharmaceutique.

● (17 h 50) ●

Si on regarde l'ensemble de l'industrie de la santé au Québec, je pense que c'est important de le mentionner, au Québec, il y a plus de 700 entreprises en pharmaceutique, biotechnologie, fabricants, recherche contractuelle, produits naturels, technologies médicales... et génèrent plus de 31 000 emplois. Alors ça, c'est un élément également important. Et on doit compter également sur des partenaires importants qui sont les 13 000 employés des 150 centres de recherche cliniques et hospitaliers au Québec.

La croissance de l'industrie des biotechnologies, au Québec, est attribuable à quatre facteurs importants: un accès à du capital de risque privé et public; des mesures fiscales qui vont favoriser la recherche et le développement; la présence d'une industrie pharmaceutique dynamique; et enfin des chercheurs et des centres de recherche universitaires de niveau mondial.

Et, à ce moment-ci, je laisserais le soin à Richard Cloutier de nous dresser un portrait régional de l'industrie.

M. Cloutier (Richard): Bonjour, tout le monde. Donc, c'est pour vous mentionner aussi que l'industrie biopharmaceutique est présente partout au Québec pour le développement de nouveaux produits thérapeutiques innovants. On peut parler d'endroits comme Sherbrooke avec le CHUS, on peut parler de Rimouski avec le Centre de recherche sur les biotechnologies marines, on peut parler de Gaspésia Pharma, on peut parler de Bioxel Pharma qui est localisée à Québec mais qui exploite des produits de l'if qu'on peut retrouver sur différents territoires dont la Côte-Nord.

Mais je vais vous parler plus particulièrement de la grande zone économique de Québec—Chaudière-Appalaches. On parle ici, dans les centres de recherche, de 40 unités de recherche, 2 900 emplois, une compagnie comme ID Biomedical, qui s'installe ici, qui est à la recherche actuellement d'environ 200 emplois. On peut parler aussi d'une trentaine d'entreprises, dans la zone économique de Québec—Chaudière-Appalaches, avec au-dessus de 1 000 emplois. Et l'investissement que les entreprises pharmaceutiques sont capables aussi de faire pour générer de l'innovation... On peut prendre un exemple très récent d'un FIER qui a été lancé dans la grande région de Québec, où le président d'AEterna Zentaris, le Dr Dupont, a investi pour aider, dans la région, à faire de l'innovation et du développement de produits.

Domaine économique, rapidement. Des exemples de l'Université Laval, données de 2002-2003, 45 millions de dollars viennent de contrats donnés par l'industrie. Un autre exemple, à partir du CHUQ, le CHUL à Québec, 18 millions de dollars sont des contrats donnés par l'industrie pour la recherche et le développement.

Je demanderais maintenant à Bertrand de continuer la présentation.

M. Bolduc (Bertrand): Alors, merci beaucoup, Richard et Perry. Nous sommes très heureux de venir

présenter notre mémoire sur la politique du médicament pour plusieurs raisons. Personnellement, je suis moi-même pharmacien, alors ça me concerne et ça m'appelle directement. Mais aussi parce que, lorsqu'on parle de l'industrie pharmaceutique, dans le document, évidemment on pense généralement à l'industrie pharmaceutique multinationale classique. Et il faut comprendre qu'au Québec, et notamment à Montréal — on en a parlé ce matin un peu avec les gens de Montréal International — l'industrie, c'est beaucoup plus que l'industrie pharmaceutique; l'industrie biopharmaceutique, ce sont les entreprises de biotechnologie québécoises et l'industrie pharmaceutique. Et les deux vont ensemble, elles ont évidemment des dynamiques un petit peu différentes mais très complémentaires.

D'abord, je voudrais mentionner qu'ici, au Québec, on a une industrie biotechnologique, biopharmaceutique extrêmement dynamique, et nos entreprises présentement ont environ 35 produits en développement clinique: 18 en phase I, 10 en phase II et sept en phase III. Ces produits, ce sont les médicaments qui seront évalués par le Conseil du médicament demain. Alors, il est important d'avoir une optique beaucoup plus large sur le développement biopharmaceutique, puisque de nombreux produits sont découverts et développés par des sociétés de petite taille ici, au Québec. Alors, nous aussi, nous avons les mêmes problématiques, un cycle de développement de produits qui est extrêmement long et risqué.

Ceci étant dit, l'industrie biopharmaceutique québécoise a eu de nombreux succès dans le passé, Perry a mentionné le 3TC pour le sida, développé par BioChem, mais ce n'est pas le seul. CryoCath, une entreprise de Montréal, a développé des cathéters, au niveau cardiaque, qu'elle vend partout dans le monde. DiagnoCure, une entreprise de Québec, commercialise son produit, ImmunoCyt, pour le diagnostic du cancer de la vessie, partout dans le monde également, notamment aux États-Unis. Axcan Pharma est une entreprise qui a développé un produit qui s'appelle l'Ursodiol, qui traite les maladies hépatiques cholestatiques; Paladin, ici, à Montréal, avec Plan B, contraception d'urgence; ID Biomedical, le vaccin contre la grippe qui a fait la manchette l'hiver dernier à cause du problème d'approvisionnement aux États-Unis. Et très récemment une entreprise de Laval, Labopharm, a fait approuver son produit, Tramadol, version libération contrôlée, en France et s'appête à le lancer sur le marché européen et, plus tard, aux États-Unis.

Alors, il y a moyen de créer de la richesse au Québec en développement des médicaments, mais il est évident qu'on a besoin d'un environnement stimulant. Pourquoi et comment l'industrie biotechnologique interagit-elle avec l'industrie pharmaceutique? Bien, vous savez probablement que l'industrie pharmaceutique a de la difficulté à générer de plus en plus de nouveaux produits, c'est plus long, c'est plus coûteux et c'est plus difficile. Alors, ce qu'on voit généralement, c'est que l'industrie pharmaceutique demande à l'industrie biotechnologique de collaborer et de proposer des nouvelles solutions, et l'industrie biotechnologique a évidemment plusieurs produits en développement qui peuvent répondre aux besoins de développement de l'industrie.

On voit généralement, dans le monde, plus de 300 alliances et partenariats entre l'industrie biotechnologique et l'industrie pharmaceutique par année, et on en voit plusieurs entre des grandes sociétés pharmaceutiques et des entreprises québécoises. Je vous en nomme juste quelques-uns: Merck, à Montréal, a une collaboration étroite avec une entreprise qui s'appelle Methygene; Caprion, une autre entreprise fleuron à Montréal, a des collaborations avec AstraZeneca et Abbott; AEterna Zentaris, ici, à Québec, a des collaborations avec Solvay Pharma ainsi que Serono. Alors, ce genre d'alliances entre les grandes pharmaceutiques et les sociétés biopharmaceutiques locales permet de créer une richesse collective extrêmement importante, sans mentionner l'expertise en développement du médicament.

L'industrie pharmaceutique est donc à la remorque, si vous voulez, de l'industrie biotechnologique pour «sourcer» de nouveaux produits. Présentement, et lorsqu'on regarde historiquement, 227 nouveaux médicaments, depuis à peu près 20 ans, sont issus du génie biotechnologique; le premier évidemment étant l'insuline humaine de Eli Lilly. Il y en a présentement 370 en essais cliniques, et c'est pourquoi nous croyons que les alliances entre les entreprises de biotechnologie et pharmaceutique vont croître encore plus dans le futur.

Alors, nous, les compagnies de biotechnologie du Québec, nos clients, ce sont les grandes compagnies pharmaceutiques aujourd'hui, mais demain ce sera évidemment la population du Québec et le régime d'assurance médicaments comme client principal, parce que principalement nos produits seront commercialisés par des grandes sociétés pharmaceutiques. Et, lorsqu'on mentionne 35 produits en développement clinique, alors il est évident qu'on arrive à un point où les sociétés de biotechnologie vont signer des ententes de commercialisation avec l'industrie pharmaceutique.

Il faut aussi mentionner que les personnes qui composent l'industrie pharmaceutique et l'industrie biotechnologique bougent d'un segment de l'industrie vers l'autre constamment. Alors, la plupart des dirigeants de sociétés de biotechnologie sont des anciens gestionnaires de l'industrie pharmaceutique, et plusieurs de nos chercheurs ont transité, si on veut, par le domaine pharmaceutique. Alors, si on n'a pas l'industrie pharmaceutique innovatrice avec des centres de recherche à Montréal, nos chercheurs vont venir directement du milieu universitaire, sans expérience industrielle notamment au niveau du développement et de la réglementation pharmaceutique.

Alors, l'impact de la biotechnologie sur la santé, je crois que les gens de Génome Québec vous en ont parlé abondamment dans le passé, alors je ne reviendrai pas trop là-dessus. Mais évidemment vous êtes conscients que les nouveaux produits qui sont en développement sont plus efficaces, sont souvent plus puissants, vont permettre évidemment de traiter des maladies nouvelles ou anciennes sans traitement et évidemment auront des bénéfices extrêmement importants et vont générer de nouveaux enjeux qui ne sont pas toujours bien mentionnés dans le document de la politique du médicament, notamment au niveau de l'individualisation du traitement.

Il faut aussi mentionner que nouveaux produits biotech ne veut pas nécessairement dire coûts plus

élevés. Évidemment, plusieurs entreprises s'ingénient à développer des versions améliorées de produits déjà existants afin de sauver des coûts.

Alors, en général, nous avons accueilli le document de la politique sur le médicament de façon extrêmement favorable. On voit que le gouvernement continue de pousser l'innovation comme facteur important. Et nous croyons que l'utilisation de la politique du médicament constitue un levier de développement économique important qu'il faut maintenir.

Ceci étant dit, nous avons quelques recommandations qui sont plutôt pour moduler certaines recommandations du document, ce qui permettra probablement de planifier à l'avance le mouvement de nouveaux produits, qui est plus traditionnel, pharmaceutiques vers des produits biologiques ou issus de la biotechnologie.

Alors, tout d'abord, quelques petits commentaires généraux. Dans l'introduction du document, on ne mentionne pas l'apport du secteur biotechnologique québécois au niveau économique. Alors, Perry l'a mentionné tout à l'heure, on l'évalue présentement à plus de 160 millions, l'investissement des sociétés de biotechnologie québécoises en recherche-développement.

● (18 heures) ●

D'autre part, on parle beaucoup du citoyen comme consommateur de médicaments. Pour nous, une société de biotechnologie qui en général n'a pas de revenus encore, puisque nos produits sont en développement, le citoyen n'est pas un consommateur de médicaments, il est surtout une personne extrêmement importante dans le développement de nouveaux produits, nouveaux médicaments, nouvelles alternatives thérapeutiques. Alors, pour nous, le consommateur ou le citoyen est aussi une personne extrêmement importante, puisqu'elle participe à des essais cliniques et parfois même, par le partage, de façon évidemment anonyme, de son information génétique, de biopsies, permet le développement de produits nouveaux et plus efficaces. Alors, je pense que c'est un rôle que le citoyen aussi joue, évidemment dans le contexte des contraintes éthiques.

Alors, le document de consultation reconnaît que les innovations en biotechnologie impliquent de nouvelles approches. Il faut évidemment penser que produit plus cher peut égaler aussi des économies pour le système de santé. Alors, des produits extrêmement importants comme l'érythropoïétine, le GCSF, le GMCSF, l'interféron pour la sclérose en plaques sont des produits issus de la biotechnologie qui ont évidemment un impact, sur le système de santé, important, mais qui sauvent des coûts de façon extrêmement importante, et il faut reconnaître ça.

Nous, en tant qu'industrie de la biotechnologie et future industrie pharmaceutique du Québec, nous soutenons entièrement la proposition de maintenir la règle des 15 ans concernant l'inscription de médicaments innovateurs aux listes de médicaments. Alors, nous croyons que nos produits qui arriveront sur le marché bientôt devraient bénéficier également de cette mesure.

Concernant le Conseil du médicament, la proposition 18, nous croyons qu'il serait utile d'avoir un représentant de l'industrie des biotechnologies à la table de concertation afin de s'assurer qu'on prenne en compte

les enjeux qui sont associés aux nouveaux médicaments qui sont issus de la biotechnologie. Alors, nous sommes prêts à déléguer une personne qui pourra contribuer aux travaux de cette table de concertation.

Également, on mentionne à plusieurs endroits, notamment à la page 54, au niveau des ententes de partenariat avec l'industrie pharmaceutique... Nous proposons de favoriser et possiblement même d'inciter les entreprises pharmaceutiques à faciliter les collaborations de recherche avec les entreprises de biotechnologie québécoises. Par exemple, le gouvernement devrait considérer les investissements des entreprises pharmaceutiques dans des sociétés de biotech comme un élément d'entente de partenariat possible et négociable dans le contexte d'ententes plus globales.

Nous proposons aussi de modifier la proposition 34 concernant la création d'un forum d'échange permanent entre les différents ministères afin d'inclure des représentants de l'industrie des biotechnologies.

En conclusion — parce qu'il est déjà tard — une politique du médicament telle que celle présentée, légèrement ajustée suivant certaines des recommandations que nous venons de faire, nous croyons, aura un impact positif pour le citoyen et le patient. L'industrie de la santé, au Québec, inclut un certain nombre important de plus petites sociétés qui développent des produits importants qui créeront non seulement une amélioration de la qualité de vie des citoyens du Québec, mais une création de richesse collective, puisque ces produits seront évidemment éventuellement exportés partout dans le monde.

Chez nous, BioQuébec, qui représentons la nouvelle industrie pharmaceutique du futur proche, nous sommes extrêmement honorés d'avoir été invités à vous présenter... et nous vous proposons notre collaboration continue dans vos travaux futurs. Merci.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Bolduc, M. Cloutier et M. Niro, pour votre présentation. Peut-être, pour le bénéfice des parlementaires et des personnes qui nous écoutent, vous pourriez clarifier la différence ou la complémentarité entre ce qu'on appelle l'industrie pharmaceutique puis l'industrie des biotechnologies. Il y a à votre mémoire, à la page 6, un diagramme sur les phases de développement d'un produit: phase I, phase II, etc. Si on avait à l'expliquer en cinq minutes, la différence, c'est quoi, la différence entre l'industrie pharmaceutique et les biotechnologies?

M. Bolduc (Bertrand): Tout à fait. Alors, il y a deux sens au mot «biotech» dans l'industrie. Il y a le sens strict et le sens large. Alors, au sens strict, la biotechnologie, c'est l'utilisation du vivant, de l'ADN pour développer des produits ou des services.

Alors, par exemple, un médicament comme l'érythropoïétine, qui est une hormone qui circule dans notre sang à tous aujourd'hui, est un produit issu de la biotechnologie, puisqu'on a isolé l'ADN qui code pour cette hormone-là et on l'a reproduit de façon synthétique. Alors, ça, c'est un produit typique

biotechnologique, puisqu'il inclut l'utilisation du vivant comme source et comme moyen de production du médicament. Ça, c'est le sens strict, et ça englobe un certain nombre de médicaments qui sont déjà commercialisés et sur la liste du régime de l'assurance maladie.

Au sens large, une compagnie de biotechnologie, c'est une petite société pharmaceutique qui n'a pas encore de produits sur le marché et qui dépense la majeure partie de ses fonds en recherche-développement. Alors, en général, une société, comme Perry le mentionnait, d'environ 50 employés qui dépense des millions par année en développement de produits biotechnologiques ou plus simplement pharmaceutiques traditionnels comme des comprimés ou des capsules, mais qui n'a pas encore de revenus et qui cherche à devenir une pharmaceutique ou à s'allier avec une pharmaceutique.

Au niveau du cycle de développement du médicament, évidemment il est de plus en plus long pour trouver un nouveau médicament, qu'il soit biologique, biotechnologique ou traditionnel. On doit trouver une cible thérapeutique sur laquelle on va agir, et par la suite synthétiser une molécule, quelle soit chimique pure ou biologique comme un peptide, une protéine, et ensuite on doit faire des études de pharmacologie, souvent in vitro, donc en laboratoire.

Par la suite, on va en préclinique, une étape où on va vérifier l'efficacité et la sécurité du médicament chez les animaux. Par la suite, on va en phase I. La phase I se fait en général de façon locale. On a des entreprises de recherche contractuelle qui nous permettent de faire ça localement, à Montréal et Québec, chez un certain nombre limité de volontaires sains où on va étudier la sécurité du produit mais aussi surtout son absorption, sa distribution, son métabolisme et son excrétion, pour ensuite passer à la phase II.

La phase II constitue les premières études chez le patient, donc un nombre restreint de patients, dans un nombre restreint de centres, où on va voir si notre produit est d'abord sécuritaire et par la suite s'il est efficace pour traiter la maladie que l'on cherche à traiter.

Si, en phase II, on a des résultats intéressants, on va passer en phase III où on va faire des études dans plusieurs centaines, voire des milliers de patients, dans un nombre important de centres, de façon internationale, et où on va comparer en général notre produit soit à un placebo, donc un produit inactif, ou un produit de référence, donc le traitement actuel qui est considéré comme le meilleur traitement.

Et, si ces études-là sont fructueuses, on va demander l'approbation à Santé Canada ou à la FDA américaine pour éventuellement commercialiser un produit que nous vous demanderons éventuellement de rembourser sur la liste des médicaments.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bolduc (Bertrand): Alors, c'est long, c'est risqué, mais évidemment, lorsque ça fonctionne, on a des produits qui peuvent être extrêmement intéressants, d'abord parce qu'ils améliorent la qualité de vie humaine, mais ensuite qu'ils créent une richesse locale pour en faire d'autres.

M. Couillard: Donc, dans le cycle de développement d'un produit, vous vous occupez de tout le cycle pour un produit que vous développez jusqu'à la phase III.

M. Bolduc (Bertrand): En général, les compagnies de biotechnologie du Québec n'ont pas les moyens de se rendre jusqu'au bout. Ils vont se rendre jusqu'en phase I, jusqu'en phase II et par la suite vont chercher un partenariat avec une pharmaceutique qui va prendre le produit et compléter le développement.

M. Couillard: Est-ce qu'en général la pharmaceutique prend juste le produit ou elle prend la compagnie en même temps?

M. Bolduc (Bertrand): Ce n'est pas nécessairement péché qu'elle prenne la compagnie.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Couillard: Non, non, c'est une question de curiosité.

M. Bolduc (Bertrand): Bien, en général, elle va prendre une licence sur le produit, et, en échange de la licence, elle va payer un montant forfaitaire immédiatement pour rembourser une partie, sinon la totalité des coûts de développement qui ont été faits et par la suite va payer des paiements forfaitaires à mesure que le développement du produit avance ainsi qu'une royauté sur les ventes finales.

Une voix: C'est l'innovation.

M. Couillard: On sait que l'industrie pharmaceutique en général est une industrie, comme vous l'avez dit très bien, cyclique, avec une composante de risque quand même assez élevée. En termes de risque, votre composante biotechnologique par rapport à ce qu'on appelle l'industrie pharmaceutique classique, chimique, si on veut le dire, bien, comment est-ce que vous l'évalueriez, la proportion de risque?

M. Bolduc (Bertrand): Bien, le risque n'est pas plus important à cause de la nature des produits. Il est plus important parce que nos sociétés sont plus petites, elles n'ont souvent que un, deux ou trois produits en développement et non pas 125 comme une grande pharmaceutique. Alors, le risque est lié à l'importance relative de chacun de ces produits-là. Lorsqu'une étude n'est pas favorable, évidemment ça a un impact extrêmement important sur cette société-là en particulier. Notre industrie est peu sensible aux cycles économiques, est très sensible aux cycles technologiques. Alors, par exemple, si quelqu'un fait une découverte, demain matin, qui révolutionne le traitement d'une maladie, alors tout ce qu'on a développé à date peut être plus ou moins valable. Alors, les cycles technologiques sont plus importants. D'autre part, lorsque des produits sont retirés du marché, aussi nous sommes extrêmement affectés. Alors, pour reprendre une analogie, souvent, lorsque l'industrie pharmaceutique tousse, nous, on peut avoir une grosse grippe, ça peut être très difficile pour

nos sociétés de se financer et de poursuivre leur développement.

● (18 h 10) ●

M. Couillard: Alors, vous voyez, on profite de votre présence pour nous instruire et instruire la population également.

M. Bolduc (Bertrand): Ça me fait plaisir.

M. Couillard: Et je pense que c'est utile que vous soyez là pour ça également. Et je note également votre remarque d'introduction sur les retombées économiques de la partie de l'industrie pharmaceutique que vous représentez, et je pense que c'est certainement considéré de l'inscrire de façon formelle, qu'on reconnaît la valeur de cette industrie en termes de participation.

Lorsque vous faisiez l'énumération de certaines des compagnies qui ont eu des succès dans différents produits, mon attention a été attirée lorsque vous avez dit, par exemple, qu'une compagnie allait d'abord introduire... ou venait d'avoir une approbation pour l'Europe et qu'ensuite elle allait demander au FDA. Est-ce qu'il y a là un reflet de la facilité d'introduction dans les marchés entre l'Europe, les États-Unis et finalement le Canada?

M. Bolduc (Bertrand): Ce cas-là est particulier. Ce médicament-là n'est pas disponible au Canada, et on l'a amélioré à Laval, et maintenant on va le vendre en Europe et par la suite aux États-Unis.

Un autre exemple extrêmement intéressant, c'est Axcan Pharma. Alors, vous avez une entreprise qui vend présentement pour 250 millions américains annuellement de médicaments, moins de 10 % de son chiffre d'affaires est au Canada, va en France, en Europe, aux États-Unis, et le produit qu'elle a développé, l'Ursodiol, traite une maladie assez rare, mais quand même importante, qui s'appelle la cirrhose biliaire primitive. Cette entreprise-là a plus de 800 employés, et son siège social est à Mont-Saint-Hilaire. Alors, on est capable d'avoir des succès en développement pharmaceutique, dans notre industrie. Pourquoi? Parce qu'on a un continuum de recherche, et de financement, et de mesures fiscales, et d'incitatifs à développer ce genre de truc là, mais aussi parce qu'on a une industrie pharmaceutique dynamique qui nous stimule par son personnel, par l'échange de personnel, par ses centres de recherche où les chercheurs sont formés et ils développent des produits, et par une interaction que je dirais continue où on est influencés par les succès des gens qui sont autour de nous.

Donc, par exemple, moi, j'ai participé à la formation de nouvelles générations de gestionnaires en biotechnologie à l'Université de Montréal. Bien, d'autres professeurs de l'industrie qui viennent présenter viennent de l'industrie pharmaceutique. Donc, on a une espèce d'environnement extrêmement favorable qu'il faut pérenniser. Alors, dans ce sens-là, la politique du médicament nous interpelle et est importante pour nous, d'assurer un milieu favorable à l'industrie pharmaceutique parce que de ça découlent beaucoup d'autres effets positifs au niveau économique. On n'est pas souvent conscient... je pense qu'il y a des membres de la commission qui ne sont pas toujours tous conscients,

mais, dans la plupart de vos comtés, on a des entreprises pharmaceutiques importantes, parfois discrètes, mais qui créent une richesse collective extrêmement importante.

M. Couillard: Est-ce que, dans cette perspective-là, l'adoption de mesures jugées négatives par l'industrie, telles que l'abandon de la règle de 15 ans ou l'adoption du prix de référence, aurait un impact négatif sur votre domaine d'activité, à votre avis?

M. Bolduc (Bertrand): Je pense qu'à moyen, long terme, oui. Michel LeBlanc, ce matin, vous parlait d'une valeur symbolique. Alors, évidemment, lorsqu'on donne plus d'arguments à nos gestionnaires locaux de l'industrie pharmaceutique de défendre leurs dossiers, d'amener des projets de recherche ici, ça crée une dynamique qui dynamise également notre secteur. Alors, lorsque notre industrie pharmaceutique a des conditions moins favorables, ce qui arrive, c'est qu'il y a moins d'emplois créés dans l'industrie pharmaceutique, les alliances avec les sociétés de biotechnologie sont réduites. Donc, ce sont des choses qui nous impactent de façon indirecte, mais, à moyen, long terme, ça fait extrêmement mal.

M. Couillard: En terminant, vous nous dites, dans votre mémoire, qu'il faut outiller tout le système québécois pour faire face à l'arrivée des produits issus de la biotechnologie. De quel type d'outils parlez-vous exactement?

M. Bolduc (Bertrand): Bon. On parle, à moyen, long terme, d'équipements pour génotyper les patients. Alors, par exemple, on sait déjà que certains médicaments sont plus efficaces chez des personnes qui ont un profil génétique particulier et sont plus toxiques chez d'autres. Et présentement mon expérience limitée du système hospitalier, bien que j'aie travaillé en pharmacie d'officine, nous démontre clairement qu'on pourrait avoir une utilisation optimale des médicaments beaucoup plus grande si on était outillés pour génotyper les gens.

La pharmacogénomique, c'est-à-dire donc le «profiling», si vous voulez, de la personne, au niveau génomique, pour savoir comment elle va se débarrasser des médicaments, comment elle va métaboliser les médicaments, est une science issue de la biotechnologie, jeune, mais qui pourrait favoriser une utilisation plus adéquate des produits déjà sur le marché. Et je pense qu'on devrait outiller éventuellement, le plus tôt possible mais probablement plus à moyen terme, notre système hospitalier pour pouvoir faire ça. Et nous croyons qu'à long terme on va pouvoir faire ça dans des pharmacies d'officine, de façon quotidienne, pour des dizaines de personnes.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, Mme la députée de Rimouski et porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Merci, messieurs, de votre présentation, au nom de l'opposition officielle.

Ce que je constate, c'est que votre mémoire est très intéressant. Ça nous fait penser... Il y a des similitudes avec celui de Génome et de M. LeBlanc, ce matin. Vous êtes dans le même secteur ou enfin dans des créneaux similaires complémentaires. Et ce que je retiens de vos paroles, c'est qu'il existe une belle synergie entre le pharmaceutique et les biotechnologies, et que des mesures pour faciliter et consolider cette synergie-là ne sont pas à rejeter, au contraire, elles sont à favoriser.

Dites-moi, vous avez parlé de 31 000 emplois. Je ne sais pas si vous parlez des 31 000 emplois strictement en biotechnologie ou l'ensemble bio et pharmaceutique. Plusieurs personnes sont venues nous parler dans le cadre de cette commission, et ils nous disent que le type d'emplois que vous créez, de toute façon ils existeraient même si on n'avait pas la règle du 15 ans ou si on n'avait pas d'autres mesures, là, qui facilitent ou qui sont un plus pour vos entreprises. Moi, j'aimerais vous entendre sur quels genres d'emplois vous créez et comment cette richesse ou la plus-value... cette richesse collective que vous créez se répartit sur l'ensemble de la société québécoise.

M. Bolduc (Bertrand): Bien, le type d'emplois traditionnels, dans une société de biotechnologie, c'est une personne qui a au moins... parfois des techniciens de laboratoire, au moins un bac en biochimie, une maîtrise, des doctorats en biochimie, en biologie moléculaire, en pharmacologie, etc. Alors, c'est des emplois de haut niveau, avec des salaires qui sont extrêmement intéressants, puisqu'il y a une certaine compétition pour ce genre de personnes là.

D'autre part, comment on crée des emplois en biotechnologie? C'est par des projets de recherche, par des projets de développement de médicaments, la plupart du temps; pas toujours, mais la plupart du temps. Alors, comment on a des projets? Bien, c'est parce qu'on a des idées qui ont été initialement développées dans une université parfois, parfois ailleurs, mais qui sont financées d'une certaine façon. Alors, de notre côté, c'est sûr que la politique du médicament et l'utilisation de cette politique-là comme levier de développement économique n'est pas le principal facteur qui nous permet de créer des emplois, mais c'en est un parce qu'il favorise l'industrie pharmaceutique en général.

Nous nous sommes employés plutôt à développer les leviers de développement économique traditionnels. Et, dans le dernier budget du ministre Audet, on a vu des mesures qui favorisent la création d'emplois dans notre secteur directement, notamment la hausse du crédit d'impôt recherche-développement, de 35 % à 37,5 %, le retour d'un incitatif fiscal à investir dans des jeunes sociétés publiques comme le régime Actions-croissance, et on a aussi été particulièrement fiers de voir une de nos mesures que nous préconisions, c'est-à-dire l'aide à la propriété intellectuelle, adoptée dans le dernier budget. Alors, ça, c'est le type de mesures qui nous aide beaucoup.

Cependant, nos compagnies se financent aussi par des alliances avec les pharmaceutiques. Alors, lorsqu'AstraZeneca fait une alliance avec Caprion, elle permet de générer d'autres emplois de haut niveau de ce

type-là par les fonds qu'ils vont transférer soit en montants forfaitaires ou en royautés de vente éventuelle. Donc, il est extrêmement important d'avoir les deux côtés. Mais pour nous les petites sociétés, le développement économique demeure prioritaire. Ceci étant dit, la politique du médicament, si elle est contraire aux leviers de développement économique mis en place, bien, là, on n'aidera pas. S'ils sont synergiques, comme il le sont actuellement et comme ils peuvent l'être encore plus, bien, là, on permet de créer d'autres postes.

M. Niro (Perry): Oui. Je pourrais ajouter également... Le BAP15 nous a donné un boni. Le boni, c'est l'installation de trois centres de recherche pharmaceutique qu'on a à Montréal: AstraZeneca, Boehringer et Merck Frosst. Dans les autres provinces ou même dans d'autres États aux États-Unis, ils sont très jaloux de notre position parce que nous avons également la création de recherche qu'on a à Montréal. Et, comme je l'ai mentionné tantôt, c'est un des quatre facteurs de succès de l'industrie des biotechnologies au Québec: c'est d'avoir un milieu pharmaceutique dynamique, mais qui fait de la recherche. Et je pense que ça, c'est unique au Canada puis c'est unique également en Amérique du Nord.

● (18 h 20) ●

M. Bolduc (Bertrand): D'ailleurs, ma propre entreprise, Mistral Pharma, nous sommes un «spin-off», si vous voulez, une création de Glaxo. Alors, notre technologie vient de chez Glaxo, on la développe pour d'autres applications intéressantes qui, eux, ne les intéressent pas. Donc, souvent, ça peut venir d'une université mais aussi d'une entreprise pharmaceutique qui crée des petites entreprises par ses travaux.

M. Cloutier (Richard): Un dernier exemple peut-être. À Québec, une société s'est affiliée à une société de San Diego. La recherche venait de Québec, San Diego s'occupait de la commercialisation, il fallait trouver un endroit pour la production. À cause de l'environnement disponible au Québec, la compagnie de San Diego a décidé d'installer la production à Québec. Donc, dans les emplois créés, c'est par le dynamisme, c'est l'environnement, c'est un tout qui fait en sorte que les gens décident de dire: Oui, c'est à cet endroit-là. Et, pour la zone économique de Québec—Chaudière-Appalaches, c'est très important.

Mme Charest (Rimouski): Moi, je suis très heureuse de vous entendre expliquer ça pour le bénéfice de l'ensemble des gens qui nous écoutent, parce que je pense que c'est vraiment un secteur d'activité scientifique et économique porteur, et ça, je pense que ce n'est pas tout le monde qui le sait. Alors, moi, j'ai des biotechnologies marines dans mon comté, et je reconnais là les mêmes paramètres, et je comprends très bien ce que vous expliquez, et j'apprécie les précisions que vous donnez.

Je reviendrais sur la recherche et le développement comme tels. Vous savez, les entreprises de produits génériques nous disent qu'ils font de la recherche et du développement et qu'ils en font même un peu plus que les innovateurs. C'est quoi, votre appréciation, par rapport à ça?

M. Bolduc (Bertrand): Bien, il y a une différence fondamentale entre la recherche innovatrice et des sociétés génériques. Ce que les sociétés génériques appellent de la recherche et développement, c'est essentiellement du «reverse engineering», donc comment on fait pour copier le produit, et par la suite comment on va essayer de voir quelle est la bioéquivalence, donc quel est le profil de libération dans le sang du patient pour voir s'il est identique au médicament original, et ça se limite à ça. Alors, je ne dis pas que ce n'est pas valable, puisqu'il y a quand même plusieurs sociétés de recherche contractuelle à Montréal qui font énormément de développement et des compagnies génériques, mais ce n'est pas de la recherche et développement. Il faut oublier la recherche, c'est du développement de produits similaires ou pareils à ce qui est déjà sur le marché. Alors, ce n'est pas de la vraie R & D, mais c'est considéré comme du développement, d'une certaine façon.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que ce type d'activité génère également plusieurs emplois?

M. Bolduc (Bertrand): Bien, au Québec et à Montréal en particulier, l'industrie générique est moins développée qu'en Ontario où la plupart des travaux sont faits. Ceci étant dit, nos sociétés de recherche contractuelle en bénéficient largement. Donc, on a un bon bassin d'entreprises qui font ce genre de travaux là pour l'industrie générique. Il y a quelques sociétés génériques qui font ce genre de développement là, mais ce n'est pas le principal initiateur de richesse collective qu'on a. Ce secteur-là est beaucoup plus fort en Ontario qu'au Québec.

Mme Charest (Rimouski): Mais, au Québec par rapport à l'Ontario, dans le secteur des biotechnologies et dans le pharmaceutique, c'est quoi, la place du Québec, versus celle de l'Ontario?

M. Bolduc (Bertrand): Bien, essentiellement, on généralise un peu en disant que l'industrie pharmaceutique innovatrice est plutôt à Montréal et l'industrie générique est plutôt à Toronto.

Au niveau de la biotechnologie, il y a quand même un très bon pôle à Toronto, et on se doit de maintenir notre position de leader présentement. À Toronto, il y a moins d'entreprises de biotechnologie, mais elles sont en général un petit peu plus grosses.

Mme Charest (Rimouski): ...financées ou...

M. Bolduc (Bertrand): Pardon?

Mme Charest (Rimouski): Avec plus de sous de financement ou...

M. Bolduc (Bertrand): Oui. Bien, le financement, c'est toujours notre enjeu principal, de notre côté. On a beaucoup de sources de financement au Québec, ce qui peut toujours être amélioré. En Ontario, ils en ont d'autres. Je dirais que le privé participe beaucoup plus

en Ontario. Présentement, on est en train d'essayer de mettre des mesures où on incite le privé à suivre le public, où le public sert de levier au privé lorsqu'il fait des efforts, donc on va certainement dans la bonne voie. Mais le financement est peut-être plus facile pour les Ontariens, quand ils vont à l'étranger par exemple. Alors, dans notre cas, il faut faire avec ce qu'on a localement et parfois aller à l'étranger pour compléter nos financements.

Mme Charest (Rimouski): En parlant de financement, est-ce que le niveau de capital de risque disponible au Québec est suffisant ou... Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Bolduc (Bertrand): Bien sûr que non!

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: On peut faire une commission parlementaire là-dessus.

M. Bolduc (Bertrand): On peut faire une commission parlementaire sur le capital de risque, il y en a déjà eu une où nous avons participé.

Mme Charest (Rimouski): Mais c'est pour ça que je vous pose la question, parce que je pense que c'est un maillon important pour la suite des choses.

M. Bolduc (Bertrand): Tout à fait.

Mme Charest (Rimouski): On n'arrivera jamais à la commercialisation si on n'a pas le capital de risque pour les étapes précédentes.

M. Bolduc (Bertrand): Tout à fait, et une de nos recommandations est d'inciter l'industrie pharmaceutique à en faire plus. Alors, lorsqu'on demande à l'industrie pharmaceutique, dans votre document, par exemple, de contribuer à des fonds de formation continue, bien, c'est peut-être... c'est intéressant, ce sera à eux de répondre là-dessus. Mais, nous, nous disons: Oui, si on couvre votre nouveau médicament et si on le rembourse, si on le rend plus accessible, est-ce que vous allez contribuer à faire plus de recherche et développement? Et une des façons de faire ça, c'est à travers nos sociétés locales de biotechnologie, et, si vous le faites, nous allons reconnaître les efforts que vous faites. Donc, ça, c'est une des façons pour nos entreprises de se financer de façon additionnelle.

Mme Charest (Rimouski): J'ai à vous dire que je suis très vigilante par rapport à la disponibilité du capital de risque pour les entreprises de biotechnologie. Je ferme la parenthèse.

Vous savez, il y a plusieurs personnes qui sont d'avis que beaucoup de nouveaux médicaments coûtent très cher, même trop cher, ou enfin sont très dispendieux compte tenu de la plus-value que ces médicaments-là peuvent avoir pour ce qui existe déjà, là, en termes de médicaments qui faisaient déjà le travail. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette affirmation? Parce que,

vous savez, c'est une opinion qui est très répandue dans la population quand les médecins prescripteurs leur parlent d'un médicament innovateur puis de coût, puis ce n'est pas toujours couvert par le système.

M. Bolduc (Bertrand): Je pense qu'il faut comprendre une chose. Si on avait tous des Ford T noires, ce serait vraiment déplaisant de regarder dans la rue les voitures passer. Ce n'est pas tout le monde qui aime les voitures noires, ce n'est pas le même médicament qui fait pour chaque personne.

Mme Charest (Rimouski): ...noire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bolduc (Bertrand): Il est extrêmement important d'avoir une variété d'options thérapeutiques pour les patients, et parfois un produit dans une classe va faire ou un autre.

D'autre part, il faut savoir que l'industrie pharmaceutique et biotechnologique est hautement compétitive, et on est rarement les seuls à développer un produit d'une classe en particulier. Alors, on ne sait pas si on va arriver premier, deuxième, troisième, quatrième, sixième. Et parfois c'est le sixième produit qui est le meilleur; parfois, c'est le premier; des fois, c'est le troisième. Les inhibiteurs d'enzymes de conversion pour l'hypertension, c'est le huitième qui a été lancé qui est numéro un au Canada présentement. Pourquoi? Parce que ces gens-là ont continué la recherche et ont fait... d'ailleurs de la recherche qui s'est faite en grande partie au Canada, et aujourd'hui ils sont leaders.

Alors, il ne faut pas... Lorsqu'on parle des médicaments «me-too», là, en particulier, je pense qu'il est important de reconnaître la valeur de ces produits-là, notamment au niveau thérapeutique, parce que le médecin doit avoir une série d'options. Ici, il faut comprendre qu'à cause de la nature compétitive de l'industrie, bien, parfois, celui qui pensait arriver premier est arrivé troisième, et il se fait traiter de «me-too», mais dans le fond, au début, il était l'innovateur. Alors, je pense que ces produits-là ont une énorme valeur et la recherche qui est faite sur ces produits-là a aussi beaucoup de valeur.

Mme Charest (Rimouski): Merci beaucoup, messieurs, ce fut très intéressant et pertinent.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Bolduc, M. Niro, M. Cloutier, merci pour votre participation devant cette commission parlementaire.

J'avise mes collègues évidemment qu'on suspend les consultations générales sur la politique du médicament afin d'entreprendre les mandats de l'étude détaillée des crédits des ministères relevant de la compétence de la Commission des affaires sociales, et ce, jusqu'au 27 mai. Et alors, évidemment, dans le mois de juin, on va reprendre d'autres mandats.

Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 18 h 28)