



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mercredi 2 octobre 2019 — Vol. 45 N° 30

Consultations particulières sur le projet de loi n° 31 — Loi
modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de
favoriser l'accès à certains services (1)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. François Paradis**

2019

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission de la santé et des services sociaux

Le mercredi 2 octobre 2019 — Vol. 45 N° 30

Table des matières

Auditions	2
Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)	2
Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ)	7
Remarques préliminaires	14
Mme Danielle McCann	14
M. André Fortin	14
M. Joël Arseneau	15
M. Sol Zanetti	15
Auditions (suite)	15
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	15
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)	25
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	32

Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

M. Sylvain Gaudreault

M. Mathieu Lévesque

M. Enrico Ciccone

Mme Marilyn Picard

M. François Tremblay

- * M. Bertrand Bolduc, OPQ
- * M. Patrick Boudreault, idem
- * Mme Manon Lambert, idem
- * M. Nicolas Bergeron, FPQ
- * Mme Thina Nguyen, idem
- * Mme Nirvishi Jawaheer, idem
- * M. Jean Thiffault, AQPP
- * M. Jean Bourcier, idem
- * Mme Lyne Duhaime, ACCAP
- * M. François Cholette, idem
- * M. Michel Paquet, idem
- * M. Louis Godin, FMOQ
- * M. Sylvain Dion, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 2 octobre 2019 — Vol. 45 N° 30

Consultations particulières sur le projet de loi n° 31 — Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (1)

(Onze heures cinquante-cinq minutes)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je vous souhaite la bienvenue. Et je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 31, Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine) est remplacé par M. Gaudreault (Jonquière).

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je comprends qu'il y a consentement pour reporter les remarques préliminaires cet après-midi. Je souhaite la bienvenue...

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous sommes, nous avons... Bonjour, M. le député de Pontiac.

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Oui, vous? Considérant l'heure à laquelle on commence, j'ai besoin de consentement pour terminer à l'heure qui est prévue. Non?

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Au-delà de l'heure prévue, oui, merci.

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Bien, c'est parce que je sais qu'il y a des caucus, là, ça va serrer tantôt.

M. Fortin : En fait, M. le Président, si vous permettez, je pense qu'on préférerait, si c'est possible, là, juste adapter le temps de parole, entre autres le temps de parole gouvernemental, là, pour s'assurer qu'on puisse poser les questions qu'on veut poser aux différents groupes qui sont ici ce matin mais, en même temps, s'assurer qu'on termine à 13 heures, étant donné les obligations desquelles vous avez fait part.

Le Président (M. Provençal) : Je pense que c'est très important qu'on respecte, aussi, les gens qui se sont déplacés pour pouvoir nous présenter leur mémoire. Oui?

M. Gaudreault : Juste une question, là, de procédure pour être sûr de bien comprendre, là, parce que, nous, rendu, là, à la deuxième puis la troisième opposition, rendu en bout de ligne, là, puis en bout de course, oui, il nous reste une affaire comme 2 min 55 s par intervenant, là, ou à peu près, là, vous pouvez me le confirmer, là. Mais moi, je ne voudrais pas qu'on perde ce temps-là, là. À 2 min 55 s, on a juste le temps de dire bonjour, puis le temps est passé. Alors, moi, je suis bien prêt à couper le temps jusqu'à 1 heure, mais il ne faut pas que ce soit au détriment d'un 2 min 55 s par député de la deuxième et de la troisième opposition.

Le Président (M. Provençal) : M. le député.

M. Lévesque (Chapleau) : Oui, nous aussi, du côté gouvernemental, on serait prêts à couper le temps, mais ça devrait être fait de façon proportionnelle pour l'ensemble des partis.

M. Gaudreault : Bien, c'est ça, M. le Président, justement, là, c'est ça, le problème, là. C'est que, du temps proportionnel, là, nous autres, à 2 min 55 s, là, je veux dire, quand le gouvernement en a 25 ou 20 minutes, du temps proportionnel, ce n'est pas si pire, là, mais, pour nous, 2 min 55 s, du temps proportionnel, là, ça veut dire qu'on va se ramasser à quoi, à 2 min 10 s? Je veux dire, non, M. le Président.

Alors, moi, ça s'est fait dans d'autres commissions, je demande d'appliquer ce précédent-là. On pourrait le vérifier, là, mais on me dit que ça s'est fait dans d'autres commissions. Il y a d'autres commissions où le gouvernement a accepté

de prendre... de couper le temps seulement sur son temps à lui pour laisser les oppositions avoir ce temps-là qui leur est accordé par règlement.

Écoutez, ce type de commission parlementaire, là, c'est pour permettre aux députés de l'opposition de faire leur travail aussi. La ministre et le gouvernement ont travaillé avec, souvent, des instances externes pour préparer les projets de loi, ils ont eu l'occasion de se rencontrer, ils sont extrêmement nombreux, ils ont beaucoup de personnel. Nous, là, souvent, c'est le seul temps qu'on a, là, alors il ne faudrait pas qu'on coupe sur ceux qui n'en ont déjà pas beaucoup. C'est une question de justice sociale, tiens.

M. Lévesque (Chapleau) : Du côté gouvernemental, M. le Président, on serait prêts, avec l'opposition officielle... Donc, si l'opposition officielle est prête, également, à réduire son temps, on pourrait le faire et on laisserait, à ce moment-là, au deuxième groupe d'opposition et au troisième groupe d'opposition leur 2 min 50 s, 2 min 55 s, quelque chose comme ça.

M. Fortin : Je n'ai pas de problème avec ça, M. le Président. Si vous me dites qu'on ne perd pas plus que deux, trois minutes, de notre côté, que le gouvernement est prêt à mettre de l'eau dans son vin, pour le reste, ça me va, M. le Président, parce que le député du Parti québécois a raison, c'est difficile de poser une question en 1 min 30 s.

• (12 heures) •

Le Président (M. Provençal) : Je pense que tout le monde s'entend sur la demande du député de Jonquière. Alors, il y a un consentement, et je me fie à la personne qui va gérer le temps. Merci beaucoup. Ceci étant dit, merci aussi à la ministre d'avoir fait cette concession.

Auditions

Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite donc à vous présenter et à commencer votre exposé. À vous la parole.

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

M. Bolduc (Bertrand) : Alors, je vais essayer d'aller vite, moi aussi. M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. les députés, merci de nous recevoir aujourd'hui. Mon nom est Bertrand Bolduc, je suis président de l'Ordre des pharmaciens. Je suis accompagné de Mme Manon Lambert, directrice générale et secrétaire, et de M. Patrick Boudreault, directeur des affaires externes et du soutien professionnel.

Vous savez que, depuis 30 ans, on enseigne les soins pharmaceutiques dans les facultés de pharmacie au Québec, et nous sommes heureux de voir que le projet de loi n° 31 donnera enfin la possibilité aux pharmaciens d'exercer pleinement leurs compétences et surtout aux patients d'en bénéficier. Ce projet de loi lance un message clair en vue d'un plus grand décloisonnement du système de santé et d'une meilleure collaboration interprofessionnelle. Pour toutes ces raisons, à l'Ordre des pharmaciens, nous ne pouvons que le saluer.

Avant de vous présenter l'essentiel de notre mémoire, j'aimerais profiter de cette tribune pour vous expliquer c'est quoi, exercer la pharmacie en 2019. La pharmacie, aujourd'hui, ce n'est pas comme hier. Les pharmaciens ne font plus juste vérifier les interactions entre vos médicaments ou s'assurer que vous avez le bon dosage, ils font beaucoup plus. En fait, en 2019, les pharmaciens s'assurent que les médicaments que vous prenez sont non seulement sécuritaires, mais aussi, et surtout, efficaces pour vous. Dans certains milieux, comme en établissement de santé ou en GMF, les pharmaciens vont jusqu'à déterminer le choix du médicament conjointement avec les médecins.

Selon des données récentes, plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus a au moins un problème de santé chronique, et le quart en a au moins deux. Qui dit maladie chronique dit médicaments, et, lorsqu'on connaît les dépenses de médicaments au Québec, je pense qu'on ne veut pas laisser au hasard leur utilisation.

Grâce aux changements apportés à la Loi sur la pharmacie en 2015 et ceux qu'on propose dans le projet de loi n° 31, les pharmaciens pourront maintenant prescrire des tests de laboratoire pour vérifier si le médicament est efficace et sécuritaire et modifier la dose, évidemment, si ce n'est pas le cas. Les médecins pourront également demander des consultations aux pharmaciens, comme ils le font pour les spécialistes.

On associe beaucoup le pharmacien à la distribution des médicaments, mais je vous prédis qu'au cours des prochaines années on l'associera aussi à un terme qui s'appelle la déprescription. Au Canada, deux Canadiens sur trois âgés de 65 ans et plus prennent au moins cinq médicaments, et un sur quatre en prend au moins 10. Nous pouvons faire beaucoup mieux. Grâce aux avancées proposées par ce projet, le pharmacien pourra évaluer si un médicament est toujours pertinent et le cesser si ce n'est pas le cas. Nous avons l'appui de la Dre Cara Tannenbaum, présidente du Réseau canadien pour la déprescription, à la fin de notre mémoire, en annexe.

Quand on connaît cette nouvelle pratique de la pharmacie, il devient évident que, pour faire son travail, le pharmacien doit évaluer les patients. C'est pourquoi l'ordre souscrit entièrement à l'ajout d'activités qui consistent à évaluer la condition du patient, comme libellé dans l'actuel projet de loi. Nous sommes d'ailleurs d'avis que l'ancien libellé, qui mentionnait que nous pouvions évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments, était une erreur patente de linguistique.

Vous allez certainement entendre d'autres gens qui vont se présenter devant vous en commission qui évoqueront l'enjeu du conflit d'intérêts pour limiter la capacité du médicament de vendre et de prescrire des médicaments. Comme ordre professionnel, nous sommes évidemment très sensibles à cette question. Nous désirons toutefois souligner qu'il existe des limitations pour encadrer ce genre de pratique. Les pharmaciens, comme tous les autres professionnels qui vivent des

produits et des services qu'ils recommandent et vendent — pensons aux avocats ou aux chirurgiens, par exemple — sont encadrés par un code de déontologie, que nous faisons appliquer à la lettre. De plus, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 41 il y a quatre ans, un ensemble de balises ont été prévues pour encadrer la prescription par le pharmacien. Ces balises sont présentées à la page 4 de notre mémoire. Dans la mise en oeuvre du projet de loi n° 31, nous entendons user de la même prudence pour prévenir les rares situations où un membre serait tenté de privilégier son intérêt ou celui d'un tiers à celui de ses patients.

Un dernier point sur lequel nous désirons mettre l'accent avant de vous présenter les modifications mineures que nous proposons est celui de l'accès aux services. Actuellement, quand un pharmacien prescrit un médicament à un patient — pensons, par exemple, à un traitement contre les poux — son honoraire professionnel et le coût du médicament sont couverts par l'assurance médicaments. Cela signifie que la population doit payer une franchise et une coassurance sur le service du pharmacien. Pourtant, si ce même patient se déplace chez le médecin pour obtenir le même service, la même prescription, il ne paiera rien pour le service. Ces frais pour les patients sont un frein réel ayant porté ombrage au succès de la loi n° 41 et qui limitera également la portée du projet de loi n° 31 si rien n'est changé. Puisque nous souhaitons que les mesures annoncées fassent réellement une différence dans l'accès aux services et surtout à l'évaluation et aux activités qui sont pour la santé publique, comme la vaccination, nous pensons que ces services devraient être offerts au patient aux mêmes conditions, peu importe à quel endroit il y accède.

Maintenant, si vous permettez, je vais vous présenter brièvement quelques changements mineurs que nous souhaiterions voir apportés au projet de loi. D'abord, nous proposons une modification du libellé au huitième paragraphe de l'article 17. Ces changements donneraient la possibilité au pharmacien de substituer un médicament prescrit pour un autre médicament en cas de problème relatif à son administration mais également lors du retrait du marché canadien ou québécois. En effet, il arrive régulièrement que des retraits du marché soient annoncés par les fabricants, et ceci permettrait de débiter la substitution dès ce moment. De plus, il serait opportun de modifier le libellé afin de prévoir la possibilité de substitution en établissement de santé en présence d'une règle adoptée par le CMDP.

Ensuite, nous proposons un changement mineur au paragraphe 10° de l'article 17 afin de permettre au pharmacien la prescription de tests de pharmacogénomique. En effet, il devient de plus en plus fréquent que de tels tests soient prescrits afin de permettre d'anticiper la réponse aux médicaments. Le changement de libellé permettrait ainsi à la loi de mieux vivre dans le temps.

De plus, nous proposons d'ajouter un 11e paragraphe à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie afin de permettre aux pharmaciens de prescrire des équipements et fournitures reliés à l'usage des médicaments. En effet, certains assureurs exigent que des équipements, comme les bandelettes pour la prise de glycémie, soient prescrits pour procéder au remboursement. Donc, ceci réglerait des problèmes administratifs.

Enfin, le ministère nous a demandé d'évaluer la possibilité pour le pharmacien d'amorcer les antibiotiques chez les patients soupçonnés d'être atteints de pharyngite à streptocoques. Au moins trois provinces canadiennes et d'autres pays dans le monde ont autorisé cette activité, avec des résultats très intéressants. Si nous devons aller de l'avant avec cette activité, le pharmacien devrait pouvoir lui-même procéder au prélèvement au fond de la gorge. Comme il s'agit d'un geste qui présente un caractère invasif, il faut l'autoriser. C'est pourquoi nous proposons l'ajout d'un 12e paragraphe à l'article 17.

Maintenant que nous avons fait le tour des changements proposés, j'aimerais vous faire part des travaux réglementaires en cours avec le Collège des médecins. Je tiens d'abord à saluer l'esprit de collaboration exceptionnel dans lequel se déroulent ces échanges avec le collège. Dès le départ, nous nous sommes donné comme principe de faire primer l'intérêt du patient, un principe que respecte le projet de loi n° 31 déposé aujourd'hui et les règlements qui vont suivre. Les deux organismes sont à ce point alignés sur cet objectif que de petits miracles sont en train de se produire. Nous planchons au développement d'un modèle d'exercice avancé de pratique collaborative. Selon cette approche, qui existe déjà ailleurs, un pharmacien qui exerce en collaboration étroite pourra exercer certaines activités avancées de façon autonome sur la base d'une entente écrite formelle. On pense, par exemple, à la prescription de certains médicaments sans que cela ne soit strictement balisé par les règlements.

De plus, de nouvelles conditions mineures pourront être traitées par le pharmacien... sont en discussion, de même que des conditions où le pharmacien peut prescrire un médicament sans qu'aucun diagnostic ne soit requis. Donc, nous pensons, par exemple, à l'accès rapide aux traitements antiviraux afin de prévenir des complications de la grippe chez certains patients susceptibles de complications. Les travaux avec le collège avancent rondement. Les projets de règlement sont presque tous déjà rédigés, et nous sommes confiants d'en arriver à des avancées qui bénéficieront directement à tous les Québécois très bientôt.

Alors, j'ai fait ça le plus vite possible. Merci à tous pour votre écoute.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre exposé. Nous allons maintenant commencer la période d'échange. Mme la ministre, la parole est à vous.

Mme McCann : Oui. M. le Président, combien de temps vous m'allouez?

Le Président (M. Provençal) : 6 min 30 s.

Mme McCann : Merci. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Merci, M. Bolduc, contente de vous voir, de vous entendre aussi, Mme Lambert, M. Boudreault aussi.

Alors, on vous a écouté avec beaucoup, beaucoup d'intérêt, dans les deux volets, hein, le projet de loi mais aussi les règlements. Moi, j'aimerais vous demander... parce qu'au niveau du projet de loi on parle d'évaluer la condition

physique et mentale d'un patient pour assurer l'usage approprié des médicaments, la distinction entre cet acte et poser un diagnostic, pour être clairs par rapport à cet élément important de la loi.

M. Boudreault (Patrick) : Alors, Mme la ministre, il faut comprendre qu'un professionnel, par définition, il doit prendre des décisions pour régler des problématiques qu'on lui confie. Alors, un pharmacien, lorsqu'il reçoit un patient devant lui, présente une problématique, il doit faire une évaluation, mais pas n'importe quelle évaluation, c'est une évaluation qui est faite dans le cadre de son champ de pratique. Et le cadre du champ de pratique des pharmaciens, c'est d'évaluer l'usage optimal. Alors, bien entendu, le libellé qui est proposé, d'évaluer la condition physique et mentale, c'est à des fins d'usage approprié, ce n'est pas à des fins d'aller à la pêche, de faire des diagnostics ou de réorienter des patients pour des besoins psychosociaux. C'est vraiment... puis ça doit être interprété au sens de l'alinéa un de l'article 17, soit d'évaluer l'usage optimal et l'usage approprié des médicaments. Donc, ça vient circonscrire, si on veut, l'activité du pharmacien. Et il faut comprendre que, depuis 25 ans, l'enseignement de la pharmacie dans nos deux facultés de pharmacie au Québec, on apprend à évaluer les patients pour solutionner les problèmes de pharmacothérapie.

Ce n'est pas une nouvelle activité qu'on demande, aujourd'hui, c'est une actualisation de son libellé pour vraiment traduire qu'un pharmacien, aujourd'hui, ça n'évalue pas un écran d'ordinateur, ça n'évalue pas un pilulier mais ça évalue les besoins d'une personne afin que les médicaments qu'elle prend, ce soient les plus judicieux et les plus appropriés. Alors, l'évaluation, c'est une activité que l'on faisait déjà, mais qu'on actualise pour vraiment mettre le patient au centre. Et, soyez rassurés, les pharmaciens n'ont pas été à l'université pour poser des diagnostics, mais pour évaluer l'usage optimal des médicaments.

• (12 h 10) •

Mme McCann : Parfait.

Mme Lambert (Manon) : Et j'ajouterais un exemple bien précis, ça va vous illustrer ce que c'est. Vous avez, par exemple, un pharmacien qui travaille dans une équipe de soins palliatifs à l'hôpital qui a un patient qui a de la douleur devant lui et qui doit ajuster les doses de médicaments ou ajuster les médicaments. Bien, ce qu'il va faire, c'est il va questionner le patient sur l'origine de sa douleur. Sa douleur, est-ce qu'elle est en chocs électriques? Est-ce que c'est comme un coup de poignard? Donc, il va poser un certain nombre de questions. C'est ça, l'évaluation du patient.

Dans certains autres cas, le pharmacien va devoir savoir si les reins du patient fonctionnent bien. Il va demander les tests de laboratoire, il va analyser les résultats et il va en venir à un jugement clinique. Donc, de l'évaluation, pour un pharmacien, c'est ça, c'est en vue d'ajuster le médicament, de prolonger une ordonnance. C'est dans le but de réaliser ces activités-là. Donc, c'est très, très différent de l'activité, par exemple, de diagnostic ou de l'activité d'évaluation d'une infirmière, par exemple.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre.

Mme McCann : M. Bolduc, j'aimerais vous entendre davantage sur ce que vous avez appelé la pratique collaborative et ce que vous êtes en train de travailler avec le Collège des médecins au niveau des règlements, notamment pour les conditions mineures, mais cette collaboration, là, qu'il y aurait avec les médecins, entre médecins et pharmaciens.

M. Bolduc (Bertrand) : Patrick va répondre là-dessus.

M. Boudreault (Patrick) : Oui. Alors, écoutez, il faut comprendre que ce qu'on veut mettre en place, c'est diverses modalités de collaboration. Donc, un médecin et un pharmacien qui n'ont pas une clientèle en commun, le pharmacien va faire son travail comme il le fait aujourd'hui, va analyser les ordonnances, va faire les ajustements à la pièce et communiquer avec le médecin à chaque fois. Mais ce qu'on veut, c'est que, par exemple, dans un établissement de santé... ou les pharmaciens qui travaillent, par exemple, dans une clinique externe d'hémo-oncologie et qui travaillent en étroite collaboration avec les hémo-oncologues afin d'assurer de tout gérer les effets secondaires d'une chimiothérapie — les nausées, les problèmes cutanés, les problèmes de formule sanguine — alors, ces gens-là, qui travaillent au quotidien de façon étroite, pourraient sceller une entente de partenariat par écrit et faire une offre de soins, dire : Cher collègue médecin, nous pourrions entrer dans chacun des dossiers d'emblée, évaluer ces patients-là et s'assurer que, toute la thérapie de support postchimiothérapie, on ajuste ça de façon autonome et on établit également des mécanismes de référencement ou des mécanismes où on vient dire : À ce moment-ci, ça dépasse ma compétence, et je mets en place des corridors de services pour que le médecin puisse les revoir.

Donc, ce qu'on veut, c'est de moduler la pratique en fonction de l'intensité de collaboration entre les médecins, entre ce qu'on voit aujourd'hui à la pièce pour une ordonnance, mais des gens qui ont des pratiques, au quotidien, soutenues comme on pourrait voir en GMF ou en établissement de santé. Et en plus on vient, dans le projet de loi, permettre à ce qu'un pharmacien puisse être demandé en consultation, ce qui est une nouveauté très intéressante, où on pourrait demander au pharmacien : Regardez, j'ai un patient avec une douzaine de médicaments, il prend de l'âge, peut-être que vous pourriez me faire une consultation et de regarder est-ce qu'il n'y aurait pas un plan de déprescription, comme M. Bolduc a parlé. Et, une fois que ces professionnels-là pourraient collaborer ensemble, le pharmacien pourrait appliquer le plan de déprescription qui aurait été convenu entre le pharmacien et le médecin.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Il reste 10 secondes, alors je vais céder la parole au député de Pontiac.

M. Fortin : Merci. Vous pouvez compléter.

Mme Lambert (Manon) : En fait, un des exemples évidents, si vous ne le connaissez pas, c'est le projet PEPS, à Québec, qui est né d'un manque de médecins au niveau des CHSLD. Et là ce qu'il a de particulier, ce projet-là, c'est une collaboration médecin-pharmacien-infirmière, et, dans ce projet-là, les pharmaciens, médecins, infirmières travaillent en étroit partenariat. Ça a été un projet pilote, ça a fait l'objet d'un projet de recherche, et les résultats sont extraordinaires : le nombre de médicaments inappropriés des personnes âgées en CHSLD a diminué, la qualité des soins est augmentée, on a diminué le nombre de visites à l'urgence des patients qui étaient sous l'entente de partenariat, et les professionnels, les trois professionnels en question, adorent ce modèle de pratique là. Donc ça, c'est des projets, pour l'avenir, gagnants pour les professionnels, pour les garder au sein du réseau, et gagnants pour les patients qui, malheureusement, parfois souffrent de problèmes d'accès.

M. Fortin : Pendant qu'on y est, je vous salue tous, mais je fais ça rapidement, mais je ne vous considère pas moins pour autant. Pendant qu'on y est, ce programme-là auquel vous venez de faire référence, là, du PEPS, là, vous semblez y voir d'énormes bénéfices. Est-ce qu'il y a quelque chose de formel qu'il y a eu par rapport à l'évaluation de ce programme-là? Est-ce qu'il y a quelque chose que vous pourriez soumettre à la commission pour qu'on comprenne bien cet enjeu-là? Puisque vous y faites référence, je pense, ce serait utile dans la suite de notre étude du projet de loi.

Mme Lambert (Manon) : Comme je le mentionnais, ça a été un programme fait en partenariat avec l'Université Laval, les chercheurs de l'Université Laval. Je vais voir ce qui est disponible comme résultats, puis ça nous fera plaisir, effectivement, s'ils sont disponibles, de vous les partager, parce que c'est vraiment extraordinaire.

M. Fortin : Mais le modèle comme tel, en ce moment, là, de la façon qu'il a été élaboré, les règles ne permettent pas un tel modèle, si je comprends bien, donc, mais on s'entend que, si c'est fait là, c'est fait ailleurs, c'est fait un peu partout. Mais, dans le fond, si je comprends bien votre propos, là, et je le ramène sur le plancher des vaches, là, vous nous dites, essentiellement : Corrigez ça, parce que ça se fait déjà, ça fonctionne, il y a des bénéfices incroyables, mais on ne comprend pas pourquoi ce n'est pas déjà permis puis ce n'est pas dans le projet de loi, c'est ça?

Mme Lambert (Manon) : Je vais vous raconter une anecdote. Les responsables du projet présentaient, ils savaient que j'étais dans la salle, de l'Ordre des pharmaciens, et, quand ils ont eu une question à dire : Est-ce que c'est légal, tout ça?, et là ils parlaient d'ajustement des doses, et évidemment, dans ce projet-là, les gens cessaient les médicaments, ce qu'ils n'ont pas le droit de faire, et là la personne m'a regardé puis elle a dit : Ecoute, Manon, ce qu'on fait, c'est de l'ajustement des doses à zéro. Donc, je veux juste dire qu'on n'a pas bloqué ce genre d'initiative là, c'était fait de façon encadrée, projet de recherche, mais on a ce qu'il faut maintenant pour dire : Oui, allons-y, et le projet de loi le permet.

M. Fortin : Très bien. La question des franchises, M. Bolduc, vous y avez fait référence très rapidement, là, dans votre exposé initial. Peut-être, je vais vous permettre, si vous le voulez, juste d'élaborer un peu, là, sur l'enjeu, parce que vous nous dites, essentiellement : Si la prescription vient d'un médecin, c'est une chose, si elle vient du pharmacien, c'en est une autre. Pouvez-vous juste expliquer le fond de votre pensée, ce que vous n'avez pas eu le temps de faire plus tôt?

M. Bolduc (Bertrand) : Oui. Présentement, les nouvelles activités du pharmacien qui ont été établies par la loi n° 41 il y a presque un peu plus de quatre ans, essentiellement, sont couvertes par l'assurance médicaments. Alors, comme vous le savez, pour les médicaments, les gens doivent payer une franchise puis une coassurance à chaque fois qu'ils vont... jusqu'à un maximum, évidemment. Alors, que ça soit une consultation au pharmacien pour un ajustement de Coumadin, par exemple, ou une consultation pour une condition mineure, ils ont toujours cette franchise et cette coassurance-là à payer. S'ils atteignent leur maximum, il n'y a rien à payer, mais, évidemment, sinon ils ont quelques dollars, parfois 5 \$, 6 \$, 8 \$, à payer pour ces services-là. S'ils vont voir le médecin, ils paient zéro. Alors, évidemment, il y a des patients qui, pour sauver du temps, vont accepter de payer cette coassurance-là, mais il y en a plusieurs qui vont dire : Bien, moi, j'ai le temps d'aller attendre chez le médecin, donc on encombre les cliniques médicales, les GMF avec des visites qui sont complètement inutiles qui pourraient se régler en pharmacie juste parce qu'il y a un quelques dollars à payer pour ces gens-là. Donc, ce qu'on pense, c'est une façon de...

Il y a certaines activités du pharmacien qui sont couvertes à 100 %. Par exemple, la contraception orale d'urgence, la consultation est payée à 100 %. Ça, on a décidé, collectivement, que c'était important que ça soit accessible en pharmacie. Ça l'est, on a évité beaucoup d'avortements, c'est merveilleux. Mais, pour des conditions mineures, on ne l'a pas fait. Si on le faisait, on désengorgerait les cliniques médicales de façon beaucoup plus importante.

M. Fortin : Et on s'entend que c'est des gens qui reviennent vous voir pareil, là. Ils reviennent pour la prescription plus tard. Donc, tu sais, ça désengorge l'urgence, mais, vous, ça ne vous engorge pas plus au niveau de la pharmacie, là.

M. Bolduc (Bertrand) : Exactement. Nous, on doit faire le travail pareil, de la même façon, après, on remplit l'ordonnance, et voilà. Donc, plusieurs situations comme ça, dans le projet de loi n° 31, qu'on essaie de régler. La prescription de médicaments de vente libre pour les parents d'enfants qui vont dans les CPE ou pour les personnes âgées dans des résidences privées ou publiques où il n'y a pas de professionnel pour administrer les médicaments, il faut que le médicament soit prescrit. Bien, on n'a pas toujours un médecin proche pour prescrire du Tylenol à un enfant qui va au CPE.

Et, si on n'a pas d'étiquette avec un nom de prescripteur, souvent les intervenants ne voudront pas l'administrer. Donc, visite, encore, inutile chez le médecin qu'on peut éviter.

M. Fortin : Ça, c'est quelque chose que vous voyez en pharmacie. Dans votre pharmacie, vous voyez les gens qui arrivent, vous leur dites : Bien, ça va coûter 8 \$ pour la franchise, ils disent : Non, je revire de bord et je retourne au GMF. Ça arrive régulièrement?

M. Bolduc (Bertrand) : Oui, on le voit pour les conditions mineures actuelles. Pour les médicaments en vente libre qu'on ne peut pas prescrire, les gens retournent carrément chez le médecin ou ils nous demandent d'appeler ou envoyer un fax — un fax, oui. Alors, vous comprendrez, évidemment, que ce n'est pas efficace que les médecins reçoivent ça. Ils ne sont pas intéressés non plus à travailler là-dessus, c'est une perte de temps pour eux. Le Dr Godin, lui-même, de la FMOQ, me le mentionnait cet été lorsqu'on s'est rencontrés.

Donc, c'est toutes des situations que le projet de loi n° 31, tel qu'il est rédigé, va régler pour la population, et on pense que ça va avoir un impact sur l'accès aux médecins aussi. Et on ne demande pas juste de l'accès aux soins du pharmacien, en ce faisant, on libère les médecins pour voir les vrais patients.

M. Fortin : Mais la question des fax, Mme la ministre s'est engagée à régler ça, par exemple. Donc, plus de fax bientôt, là, d'ici à la fin du mandat ou quelque chose comme ça.

Mme McCann : Dans les meilleurs délais.

• (12 h 20) •

M. Fortin : Bien, dans les meilleurs délais, O.K., O.K., oui, O.K.

Pendant qu'on parle de la franchise, j'ai peut-être un dernier point, là. Je sais que nous, on a un enjeu, dans notre région, là, par rapport à la franchise, dans ma région, la région du député de Chapleau, là, par rapport à la franchise. Le projet de loi ne vient pas régler cet enjeu-là auprès des médecins qui prescrivent, essentiellement, parce qu'on a un médecin ontarien qui prescrit, et là la franchise s'applique quand même. Est-ce que, d'après vous, d'après votre lecture du projet de loi, ce serait simple à régler à l'intérieur du projet de loi, cet enjeu-là?

M. Bolduc (Bertrand) : Bien, il y en a une bonne partie qui se règle par le projet de loi, c'est-à-dire qu'on va pouvoir prolonger les ordonnances d'un prescripteur, donc ça va inclure les médecins hors Québec. Et on va avoir besoin d'un petit ajustement réglementaire, par la suite, qui est déjà ficelé, là, si on veut. Donc, en adoptant les mesures qui sont dans le p.l., actuellement, on va pouvoir, justement, prolonger, ajuster les ordonnances, non seulement des ordonnances de médecin, mais de tout prescripteur, que ce soient les IPS, que ce soient les podiatres, que ce soient les optométristes, les dentistes, etc., mais aussi des prescripteurs hors Québec.

Le Président (M. Provençal) : Je vais vous demander de conclure, s'il vous plaît.

M. Bolduc (Bertrand) : Donc, les gens de chez vous qui vont voir un médecin de l'autre côté de la rivière, on va pouvoir le faire.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Maintenant, la parole est au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Merci beaucoup pour votre présence. J'aimerais savoir quelles seront, selon vos estimations, là, les conséquences de ce projet de loi sur la rémunération des pharmaciens et, en sous-question, est-ce que ça va nécessiter des changements à la façon dont c'est fait actuellement.

M. Bolduc (Bertrand) : Bien, ça, ça sera une question que vous pourriez poser aux gens de l'AQPP, qui vont nous suivre cet après-midi, parce que c'est eux qui négocient avec le ministère et la RAMQ, là, les honoraires associés à ça, ce n'est pas à nous. Nous, on est là pour vous présenter ce que le pharmacien peut faire. Dans le projet de loi n° 31, on va pouvoir, évidemment, améliorer l'accès. À quel coût? Ce sera à estimer par les gens de l'association des pharmaciens propriétaires. Chose certaine, ça va coûter moins cher que d'aller voir un médecin, puis on va pouvoir libérer nos médecins pour qu'ils voient les vrais patients, les plus compliqués, qui en ont besoin.

Donc, par exemple, vacciner en pharmacie, ça ne peut pas coûter plus cher que chez le médecin, ça, c'est sûr, et on va atteindre des gens qu'on ne rejoint pas présentement, des gens qui ne sont pas disponibles pour aller au CLSC ou aller en pharmacie de jour lorsqu'on a notre infirmière. Les pharmaciens pourront compléter l'offre de vaccination par la suite, donc on favorise l'accès. Je pense que les coûts devraient être assez raisonnables. À date, dans la loi n° 41, ils ont été assez raisonnables, et, malgré la coassurance et la franchise — l'AQPP nous a donné des chiffres — il y a eu plus de 800 000 activités faites l'année dernière, excluant les prolongations de 30 jours et moins, ce qui démontre un succès clair et net.

Mme Lambert (Manon) : Par ailleurs, même si on ne négocie pas, je pense qu'il y a un consensus qui s'est établi dans la profession que les modalités de rémunération... le niveau, ça ne nous préoccupe pas, mais que les modalités de rémunération doivent être modifiées. Actuellement, les pharmaciens sont payés essentiellement pour distribuer des médicaments. Alors, si on veut qu'ils prennent davantage en charge les patients, si on veut effectivement ces nouvelles activités cognitives, le modèle de rémunération tel qu'il est actuellement, il est désuet, et donc on doit encourager les professionnels,

là, à modifier leur pratique. La rémunération est un des moyens, pas le seul, mais est un des moyens pour encourager les changements de pratique. Et ce qu'on veut, clairement, là, avec ce projet de loi là, c'est modifier les pratiques professionnelles.

M. Zanetti : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, la parole est au député de Jonquière.

M. Gaudreault : Oui, merci. Je veux juste être bien clair, là. Les services qui sont présentement offerts dans les CLSC, dans les établissements, les hôpitaux, par exemple la vaccination qui est gratuite, est-ce que, pour vous, c'est un principe inatteignable, inattaquable que ces services-là, qui seraient désormais offerts en pharmacie, doivent être aussi gratuits?

M. Bolduc (Bertrand) : Bien, c'est sûr que ce serait beaucoup plus populaire si ce l'était. Présentement, les gens vont consulter en pharmacie pour toutes sortes de raisons. Et, s'ils vont chez le médecin, c'est gratuit; chez le pharmacien, ce ne l'est pas totalement. Si, pour la vaccination, c'était le même prix qu'en CLSC, c'est-à-dire zéro, pour les gens, évidemment, qui se qualifient, là, pour les critères qu'on a en place, c'est sûr que ce serait un succès, on augmenterait notre nombre de personnes vaccinées, on atteindrait mieux nos cibles, parce qu'on est les moins bons, au Canada, présentement, pour vacciner pour la grippe et bien d'autres maladies. Donc, on pourrait prévenir, après ça, des visites à l'urgence. Donc, oui, si on met ça au même prix, ça va avoir du succès. Si on met quelque chose, là, une contrainte financière, ça ne sera pas aussi populaire.

M. Gaudreault : Deuxième question. J'ai été sensibilisé aux enjeux de main-d'oeuvre dans les pharmacies, que ce soit chez les techniciens, bon, etc. Donc, est-ce que cette augmentation de vos responsabilités, de vos pouvoirs va avoir un impact sur le recrutement de la main-d'oeuvre et sur le besoin de main-d'oeuvre?

Mme Lambert (Manon) : Bien, en fait, ça adonne bien, parce qu'on travaille un dossier depuis quelques années — en fait, plusieurs années — sur le rehaussement de la formation de la main-d'oeuvre en pharmacie, et on a été avisés récemment qu'il avait été décidé que notre demande historique d'avoir des techniciens en pharmacie de niveau collégial était sur le point d'être acceptée. Donc, on est déjà au travail avec le ministère de l'Éducation, avec le ministère de la Santé pour à la fois créer ce programme-là et revoir aussi la formation de nos assistants techniques. Donc, c'est clair qu'on a besoin d'une main-d'oeuvre encore plus qualifiée, mais là la réponse est en train d'être donnée.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie Mme Lambert, MM. Bolduc et Boudreault pour leur contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre au prochain groupe de prendre place. On va y aller rapidement. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 26)

(Reprise à 12 h 27)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue...

Des voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Alors, s'il vous plaît! C'est bon? Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de la Fédération des pharmaciens du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé.

Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ)

M. Bergeron (Nicolas) : Donc, merci. Merci, M. le Président, merci, Mme la vice-présidente, merci, Mme la ministre, et merci à vous tous, membres de la commission, de bien avoir voulu nous entendre aujourd'hui dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 31.

Mon nom est Nicolas Bergeron, je suis pharmacien travaillant dans le milieu communautaire dans la région de Montréal depuis l'année 2000 et je suis le président de la Fédération des pharmaciens du Québec, communément appelée la FPQ.

Je tiens tout d'abord à vous rassurer sur mon état de santé. En fait, j'ai participé, dans une équipe père-fils, avec mon garçon Zachary, au Défi Têtes rasées vendredi dernier, c'est pour ça que j'ai cette coupe de cheveux là. Donc, ça va bien, du côté santé, merci.

Donc, je suis accompagné, aujourd'hui, de Mme Thina Nguyen, à ma gauche, et de Mme Nirvishi Jawaheer, à ma droite, qui sont respectivement la directrice générale et la vice-présidente aux affaires professionnelles... aux services professionnels de notre association.

Notre organisation est un organisme à but non lucratif qui unifie et regroupe potentiellement tous les pharmaciens du Québec, peu importe leur secteur de pratique. Elle inclut aussi les futurs pharmaciens, c'est-à-dire les étudiants en formation académique dans l'une des deux facultés de pharmacie au Québec. La fédération est constituée de membres inscrits sur une base individuelle et volontaire. Sa mission est de travailler à valoriser la profession de pharmacien afin d'optimiser les soins offerts aux patients. De plus, elle cherche à augmenter la visibilité de l'expert du médicament qu'est le pharmacien et elle favorise la collaboration intra et interprofessionnelle afin d'avoir un impact réel sur la santé des Québécois ainsi que sur le système de santé lui-même.

Tout d'abord, la FPQ désire concrètement remercier les membres de la Commission de la santé et services sociaux de lui donner l'opportunité de s'exprimer et de partager ses commentaires et observations sur le projet de loi n° 31. Nous sommes heureux et enthousiastes de participer à un tel exercice et nous saluons donc l'intention du gouvernement d'envisager de permettre aux pharmaciens de poser de nouveaux actes cliniques tels que la prescription et l'administration de certains médicaments, dont les vaccins. Ceci permettra une amélioration de l'accès aux soins et services de santé par les pharmaciens et une complémentarité dans le réseau public.

• (12 h 30) •

Nous profitons aussi de l'occasion pour souligner l'excellent travail, le professionnalisme et les efforts de collaboration qu'ont su faire preuve les différents intervenants au dossier, soit l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins, l'Office des professions, Mme la ministre de la Santé et Services sociaux, Direction des affaires pharmaceutiques, même la Direction de la santé publique.

La FPQ est d'avis que, devant l'engorgement actuel du système de santé québécois, il est impératif que nous cherchions, comme société, à mettre en place des mesures qui permettront aux Québécois d'avoir un accès plus grand et plus facile à des soins de santé de première ligne. La FPQ reconnaît que la pratique professionnelle de la pharmacie au Québec doit se faire à l'intérieur d'un cadre légal et normatif précis. Un cadre de pratique précise bien les limites et les comportements auxquels les professionnels sont tenus, en plus de dicter les règles à suivre. Ce qui nous préoccupe plutôt, ce sont les barrières qui existent à l'intérieur de ce cadre. Une barrière, contrairement à un cadre, limite les mouvements, entrave les déplacements, empêche de travailler, nuit au bon fonctionnement. Ce sont donc sur ces barrières que nous pensons que nous devons nous attarder.

Tout d'abord, nous tenons à vous dire que la fédération, somme toute, est d'accord avec l'ensemble des propositions incluses dans le projet de loi n° 31, et, pour ce faire, nous référons les parlementaires au mémoire déposé pour consultation. Pour les besoins de la présentation d'aujourd'hui, nous exposerons nos préoccupations sur les barrières existantes, sur lesquelles nous aimerions qu'il y ait intervention, toujours afin de s'assurer de la meilleure accessibilité aux soins de santé de première ligne pour les patients.

Pourquoi la Fédération des pharmaciens du Québec est-elle en accord avec le projet de loi n° 31? Dans notre système de santé, le pharmacien est le professionnel le plus accessible, le plus disponible de tous. Le pharmacien québécois a les compétences requises. Le pharmacien est fiable et rigoureux sur le plan professionnel. Le pharmacien a une excellente capacité d'adaptation et de détermination à relever de nombreux nouveaux défis. Le pharmacien a la confiance de la population. En fait, pour le patient, il est logique que le pharmacien puisse être encore plus aidant.

Effectivement, de consulter son pharmacien, ça désengorge le système de santé. Je m'explique. En effet, la FPQ a récemment effectué une première étude visant à analyser la faisabilité de transférer vers les pharmacies d'officine une certaine proportion des consultations catégorisées comme des P4, P5, qui sont traitées, actuellement, dans les urgences des hôpitaux québécois. À la lumière des données mises de l'avant par l'étude et en se basant sur l'hypothèse que les deux tiers des urgences mineures de niveau P4, P5 pourraient être prises en charge par des pharmaciens, la FPQ avance que cela représenterait une quantité de travail supplémentaire à exécuter par pharmacie qui serait alors équivalente à deux consultations santé supplémentaires par jour. La FPQ souligne notamment que les conseils prodigués par les pharmaciens communautaires auraient évité l'utilisation d'au moins une autre ressource du système de santé dans 78 % des cas. Ce constat sauverait un lot considérable de visites médicales ne nécessitant pas l'intervention du médecin, en économisant par le fait même temps et argent. Conséquemment, la population aurait un accès beaucoup plus facile aux soins de santé.

Qu'aimerait voir la FPQ se préciser dans le projet de loi n° 31? Ajustement d'une ordonnance afin d'en assurer l'efficacité lors d'une prise en charge. Présentement, il est obligatoire pour le pharmacien d'obtenir du médecin traitant les cibles thérapeutiques à viser, mais ces dernières sont trop rarement fournies, ce qui en rend ce service professionnel difficile à rendre. Nous sommes d'avis que le pharmacien ne devrait plus être tenu d'obtenir les cibles thérapeutiques du médecin traitant. Il devrait pouvoir simplement se référer aux cibles inscrites dans les lignes directrices scientifiquement reconnues. Avec le projet de loi n° 31, nous croyons qu'une prise en charge globale des patients pourra s'effectuer.

Au niveau de la vaccination, les pharmaciens devraient pouvoir prescrire et administrer des vaccins. La province de Québec est l'endroit au pays, comme M. Bolduc le disait tout à l'heure, où on a le moins bon taux de vaccination, en fait jusqu'à trois, quatre fois plus bas, en pourcentage, que ce que la Santé publique recommande pour certains groupes de population qui est à risque. Donc, le pharmacien pourra alors participer à l'effort public, conjointement avec les médecins et les infirmières, afin de viser une amélioration des statistiques pour s'assurer que notre population québécoise soit encore mieux protégée.

Demande de consultation pour intervention du pharmacien. C'est assez fréquent, dans les établissements de santé, que les médecins demandent aux pharmaciens d'hôpitaux d'intervenir, que ce soit en soins palliatifs, aux soins intensifs, en hématologie ou autre, afin de les aider à trouver les meilleures solutions pharmacothérapeutiques pour leurs patients. En pharmacie communautaire, cette pratique est moins répandue, mais gagnerait à être élargie. Pensons aux patients âgés ayant un profil pharmaceutique considéré comme lourd. Les dossiers volumineux en nombre de médicaments comportent des risques plus grands d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Dans un tel cas, une demande de consultation

auprès du pharmacien pour une analyse complète du dossier et son optimisation pourrait être d'une grande aide. Le pharmacien pourra évaluer la condition physique et mentale d'un patient dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments. Selon la FPQ, l'ajustement de la pharmacothérapie chez un patient ne consiste pas en une seule lecture de son profil pharmacologique, et donc la FPQ est d'avis que le pharmacien devrait pouvoir évaluer les conditions physique et mentale d'un patient pour en venir à lui administrer les meilleurs soins. Faire la surveillance de la pharmacothérapie, c'est évaluer le patient dans son ensemble, dans sa globalité.

Comment la Fédération des pharmaciens du Québec voit-elle ces changements s'exercer? Un des irritants majeurs à l'implantation des actes de la loi n° 41 a été la non-gratuité de certains de ces actes professionnels. Trop souvent, les patients ont choisi de ne pas avoir recours à certains services professionnels offerts par le pharmacien parce que ceux-ci n'étaient pas gratuits. Question de principe, qu'on va se faire dire en pharmacie. Nous pensons donc que l'abolition de la franchise et de la coassurance sur les services cliniques offerts par le pharmacien est un élément clé du succès du nouveau modèle de rémunération et de l'amélioration de l'accès à la première ligne de soins.

Aussi, la mise en place de ces nouveaux actes nécessitera des changements importants dans l'organisation du travail, dans la configuration des installations et accroîtra les besoins déjà importants en main-d'oeuvre d'assistants techniques, pour lesquels le niveau de compétence et de formation nécessitera d'être encore relevé davantage. Bref, de tels changements devront être accompagnés par un nouveau modèle de rémunération prenant le tout en considération.

Quand la Fédération des pharmaciens du Québec voit-elle ces changements se produire et entrer en fonction? Bien que la fédération soit consciente qu'un tel processus de changement de pratique professionnelle comporte un lot considérable d'étapes — consultations, discussions, travaux en Chambre, etc. — tout aussi importantes les unes que les autres, elle est d'avis que plus tôt seront mis en place ces changements, le mieux se portera la population du Québec. En effet, cette dernière souffre déjà de la difficulté, dans certaines régions, à recevoir certains soins, et cette nouvelle disponibilité de services de première ligne ne devrait pas être retardée par des obstacles administratifs.

Pour conclure, la Fédération des pharmaciens du Québec... en fait, pour nous, il est important de tendre vers une meilleure utilisation de l'expertise des pharmaciens, qui est, selon nous, sous-utilisée en ce moment. Par le biais de la loi n° 31, le pharmacien pourra effectuer des interventions plus efficaces et en plus grand nombre afin d'optimiser l'usage des médicaments et l'atteinte des objectifs de santé visés par ces traitements médicamenteux.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Mme la ministre, je vous cède la parole.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, M. Bergeron, plaisir de vous revoir, Mme Nguyen aussi et Mme Jawaheer, bonjour. Alors, merci pour votre présentation. On a écouté très attentivement.

Et moi, j'aimerais revenir sur un point que vous avez fait au début de votre présentation... enfin, ce que vous avez dit par rapport à la recherche que vous avez faite sur les P4, P5 qui vont à l'urgence et, dans un fort pourcentage, pourraient être vus par les pharmaciens, j'imagine, dans le cadre de la loi, là, du projet de loi n° 31. Pouvez-vous nous parler de ces problématiques en santé que vous... on nous parle de conditions mineures, mais pour que les citoyens, par exemple, comprennent ce dont vous parlez?

M. Bergeron (Nicolas) : En fait, on est plutôt d'avis que c'est en partie à cause du fait qu'il y avait un certain pourcentage de la population qui n'avait pas encore de médecin de famille, que les cliniques sans rendez-vous étaient déjà surchargées, donc les patients, des fois, avaient de la misère à voir un médecin facilement et se dirigeaient vers les salles d'urgence des hôpitaux pour des problèmes de santé mineurs.

2010 à 2017, si on se compare avec l'Ontario, qui sont nos voisins d'à côté, ils ont une utilisation des urgences qui tourne autour, là, de 12 %. Nous, on est autour de 60 %, 64 %, à peu près, des consultations totales annuelles qui sont faites dans les salles d'urgence qui sont des P4, P5. Donc, en Ontario, les gens vont ailleurs qu'à l'urgence de l'hôpital pour voir un médecin. Et on sait... Avec l'étude qu'on a faite, on a creusé, on a questionné le gouvernement sur différents points, on a appris un peu plus combien coûte une visite, en moyenne, à la salle d'urgence, et c'était, au bas mot, en moyenne 350 \$, à part les tests d'imagerie. Donc, si le patient était vu ailleurs, peut-être par un pharmacien dans une pharmacie, pour un problème de santé ou par un médecin dans une autre clinique, ça améliorerait la disponibilité des médecins qui traitent des cas plus lourds à l'hôpital et, en même temps, bien, ça augmenterait l'offre de services pour la population en première ligne. Et en Ontario, dans la même période, 2010 à 2017, sur les 12 % des cas qu'il restait, ils ont analysé les cas de A à Z, en prenant tous les services pharmaceutiques possibles au pays, et, si les pharmaciens avaient rencontré ces patients-là, ils auraient été capables de traiter à peu près 37 % des cas sans que le patient ontarien ait besoin de voir un médecin là-bas. Et il faut dire que ce n'est pas tous les P4, P5 qui peuvent se régler en pharmacie. Il y a des situations que c'est vraiment des cas de médecins, des cas d'hôpitaux, là.

• (12 h 40) •

Mme McCann : Merci. En sous-question, quels types de problématique iraient vers le pharmacien, selon vous, le pharmacien pourrait répondre aux besoins du citoyen?

M. Bergeron (Nicolas) : Dans les salles d'urgence, les gens, des fois, peuvent aller là pour une entorse, pour une pression artérielle qui est trop élevée, pour un mal de tête qui n'est pas une migraine, les patients non migraineux, un patient qui n'a pas d'autre signe et symptôme ou pathologie, atteinte, tous les problèmes pour lesquels les gens viennent déjà nous voir en pharmacie, donc les problèmes de constipation, de diarrhée, d'hémorroïdes, de rhume, de grippe. Il y a des gens, des fois, qui vont voir le médecin à l'urgence pour des petits problèmes de santé comme ça.

Mme McCann : Et dans quelle proportion vous pensez que le projet de loi n° 31 augmenterait cette offre de services, là, des pharmaciens par rapport à ces citoyens qui vont, malheureusement, encore, là, à l'urgence ambulatoire, là, oui?

M. Bergeron (Nicolas) : Bien, un peu partout, tous les points qui sont... qui touchent... bien, beaucoup de points, en fait, dans le projet de loi, exemple quand le pharmacien peut ajuster les médicaments, la thérapie parce qu'un patient a un effet secondaire ou il n'y a pas l'atteinte des cibles qui sont, disons, recherchées au niveau de la littérature scientifique pour atteindre le contrôle de la pression artérielle. Si son médecin n'est pas là, le patient... la pression est trop haute, bien, il va aller le consulter, des fois, à l'urgence. Mais, si le pharmacien a le droit, avec la loi, la nouvelle loi, de pouvoir ajuster le médicament en monitorant, en faisant le suivi, tout ça, on est capable de s'assurer que le patient est bien servi et qu'il a un service accessible. Si on est capable de... On ne pose pas de diagnostic ici, ce n'est pas dans le cadre que l'on veut faire, là. Le pharmacien ne pose pas de diagnostic, sauf que, déjà aujourd'hui, puis ça a toujours été, quand le pharmacien recommande un produit de vente libre, il doit avoir une bonne idée quel est le problème de santé du patient. Donc, on ne pose pas un diagnostic clair, mais on a une idée c'est quoi, le problème, et on enlène... on recommande le produit au patient en lien à ça. Donc, c'est un exemple.

Mme Nguyen (Thina) : Puis moi, j'aimerais rajouter un petit mot. Donc, pour augmenter l'accessibilité des soins, c'est important que les actes de la loi, la loi n° 31... On a vu que la loi n° 41... souvent, les gens, quand ils viennent nous consulter puis qu'il y a des frais, alors ils peuvent aller dévier vers les services au niveau des cliniques médicales ou dans les urgences juste pour ça. Donc, pour vraiment... Puis, si on veut augmenter l'accessibilité des soins aux patients, il faut vraiment enlever la barrière de la franchise et la coassurance pour...

M. Bergeron (Nicolas) : On est des pharmaciens sur le terrain puis on l'entend dire, que des fois les gens sont insultés, les gens nous disent : J'ai de l'argent, je vais payer mon 30 \$ de stationnement, je m'en fous, je m'en vais à l'hôpital, par principe; les pharmaciens n'ont pas le droit de charger aux patients pour un service quand c'est gratuit, de voir le médecin. Puis les gens partent puis ils s'en vont à l'hôpital passer quelques heures, par principe. J'ai vu ça quelques fois, moi, dans mon patelin.

Mme Nguyen (Thina) : Dans le fond, les consultations par les pharmaciens vont pouvoir sauver les coûts pour le système de santé. Ça va éviter les visites inutiles dans les cliniques médicales, donc, au bout du compte, tout le monde est gagnant là-dessus.

Le Président (M. Provençal) : Oui, madame.

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Oui, il y avait aussi le fait qu'on peut prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Donc, on pourrait élargir vraiment ceci. Je pourrais vous donner l'exemple qu'il y a beaucoup de gens qui viennent pour des vers, donc il faudrait qu'on les renvoie à l'hôpital ou qu'on les renvoie voir le médecin pour pouvoir avoir une ordonnance, mais c'est des choses que nous, on pourrait faire en pharmacie, qui pourraient dégorger le système. Donc, il viendrait à la pharmacie, on pourrait prendre en charge ce patient et, en plus, faire un suivi pour voir si tout va bien, et qu'est-ce qu'on fait avec ce patient, et est-ce qu'on le renvoie voir le médecin ou est-ce que le traitement est fait. Parce que nous, on est régis par la surveillance et la thérapie, qui veut dire qu'on fait un suivi lorsqu'on prend en charge un patient.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, je vais céder la parole au député de Pontiac.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Là, si je comprends bien... Bien, merci de votre présentation. Et félicitations pour votre Défi Têtes rasées! Ça ne va pas bien à tout le monde, le Défi Têtes rasées, j'ai déjà essayé, mais, vous, ça va quand même bien.

Là, si j'ai bien compris votre mémoire, là, la première partie, c'est essentiellement ce que vous êtes d'accord; la deuxième partie, c'est ce que vous aimeriez voir là-dedans. Donc, je vais juste me concentrer là-dessus, là. La partie de la prescription des médicaments en vente libre, si j'ai bien compris votre propos, essentiellement, c'est... il y a des gens qui viennent pour avoir des médicaments qui sont en vente libre, mais sans prescription de leur médecin, mais évidemment, là, ils paient le plein prix, c'est ça, s'ils vont à la pharmacie, puis vous ne pouvez pas le prescrire. Mais, si le pharmacien le prescrit — c'est ça, votre demande, là, que le pharmacien puisse le prescrire, ce médicament-là, essentiellement — il n'y a plus personne qui va l'acheter en vente libre, là, les gens vont tous aller voir leur pharmacien pour la prescription, si je comprends bien votre recommandation, là.

M. Bergeron (Nicolas) : La majorité des médicaments en vente libre, par contre, même s'ils sont prescrits, ne seront pas couverts ni par l'assurance maladie ni par l'assureur privé.

M. Fortin : Mais alors ça change quoi, votre demande, ici? Parce que... Et c'est bien fait, là, votre mémoire, mais je lis la petite partie, là : Le petit Xavier, trois ans, souffre d'un rhume, puis, à chaque fois qu'il en a un, bien, on lui prescrit du Salinex, mais là il n'en a pas... il n'a pas de prescription, donc...

M. Bergeron (Nicolas) : Dans les CPE ou dans les CHSLD, beaucoup d'endroits qui sont légiférés pour devoir... pouvoir donner un médicament de vente libre comme ça, mais, s'il est prescrit par un prescripteur autorisé au sens de la loi.

Donc, ça prend un médecin qui va prescrire le Salinex, même si on peut l'acheter sur la tablette et le payer, partir avec. Donc, à la garderie, l'enfant ne recevra pas son Salinex. Donc, c'est pour faciliter, pour limiter, diminuer les consultations médicales, entre guillemets, inutiles, qui ne sont pas nécessaires, que le médecin voie le petit Xavier, justement, le pharmacien va lui prescrire, là, il est au dossier.

M. Fortin : O.K., ce n'est pas des gens qui achèteraient en vente libre puis qui vont avoir une prescription, c'est des gens, vraiment, dans un contexte particulier, là, comme celui-là.

M. Bergeron (Nicolas) : Exactement.

M. Fortin : Alors là, comment est-ce que vous vous assurez que les gens ne vont pas tous vous voir pour la prescription? En fait, ça ne change rien, rendu là, c'est juste pour les gens qui ont besoin d'une prescription comme en CPE ou en CHSLD?

M. Bergeron (Nicolas) : Exactement, exactement. Ce n'est pas la majorité des patients, mais c'est un certain nombre.

M. Fortin : O.K., je comprends.

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Il y a aussi la réalité de... Moi, là, où je travaille... je travaille à Parc-Extension, donc, qui est vraiment un endroit où les gens sont très démunis. Donc, quand je vois que je peux prendre en charge mon patient et je peux faire un suivi... et surtout que, dans notre pharmacie, on peut parler la langue du patient, qui est important, parce que c'est important d'optimiser le traitement. Donc, si j'arrive à aider mon patient dans ce sens et ne pas l'envoyer à l'hôpital, où on doit tout recommencer, ça serait une grosse aide pour décharger vraiment, vraiment le système.

M. Fortin : O.K. Je reviens à la question que j'ai posée un peu plus tôt, là, parce qu'elle est dans vos recommandations, dans la partie de votre mémoire, à savoir ce que vous aimeriez voir. Vous dites essentiellement que vous êtes en faveur d'un élargissement, là, pour les prescripteurs canadiens. C'est ce qu'on discutait tantôt, un patient qui habite en Outaouais, qui va voir un médecin en Ontario qui lui prescrit quelque chose, revient au Québec, doit payer la franchise parce que ce n'est pas... parce que la notion de médecin inscrit au Québec s'applique, puis, dans ce cas-là, bien, il ne pourra pas être remboursé à pleine capacité, là, pour son médicament. Donc, vous êtes... ce que j'ai cru comprendre, et M. Bolduc va m'en excuser si j'ai mal compris, là, mais c'est qu'il y avait quelque chose qui était en élaboration déjà pour régler cet enjeu-là, mais vous demandez à ce que ce soit dans le projet de loi comme tel, si je comprends bien.

M. Bergeron (Nicolas) : En fait, il y a deux versions à ce que vous dites. Il y a la couverture du produit, exemple, si la RAMQ décide de couvrir, si c'est prescrit par un autre médecin, ça, c'est vraiment plus un enjeu de la RAMQ comme tel. Nous, vraiment, dans le projet de loi, il est plutôt fait mention de légaliser la possibilité à un pharmacien de remplir une prescription faite par un prescripteur, faite dans une autre province. Exemple, si un médicament pour... Peu importe la couverture du médicament, c'est vraiment pour remplir l'ordonnance, donc pour ne pas avoir à envoyer le patient de l'autre côté de la rivière, justement, à la clinique pour aller chercher... ou à l'autre pharmacie pour son produit. Donc, c'est en deux volets.

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Je voudrais rajouter à ce que dit Nicolas. Si, par exemple, quelqu'un d'une autre province vient chez nous, et je pense que je pourrais prolonger son ordonnance, je ne peux pas le faire parce qu'il vient d'une autre province, mais je pourrais le faire avec les médecins du Québec. Donc, je ne prends pas en charge mon patient à nouveau et je ne surveille pas sa thérapie à nouveau.

M. Fortin : Donc, quelqu'un qui est au chalet, là, un Ontarien qui est au chalet, qui vient pour un renouvellement, vous ne pouvez pas?

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Je ne peux pas le prolonger. Je peux remplir son ordonnance, mais je ne peux pas le prolonger. Je vais le renvoyer dans le système pour aller voir son médecin à nouveau.

M. Fortin : O.K., très bien. Je vais passer la parole, si vous le permettez, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Marquette, allez-y.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Bonjour à vous trois. On a fait le tour, mais en même temps ce projet de loi là va maximiser l'accès de votre expertise. On va intégrer le pharmacien à l'équipe de soins au maximum, c'est ce qu'on veut faire, désengorger les cliniques également. Mais moi, j'ai une question au niveau logistique, au niveau mécanique, les enjeux mécaniques, au niveau des infrastructures, des embauches et de la logistique. Moi, je comprends que, quand je vais à la pharmacie chez moi, chez Jean Coutu, j'ai besoin d'une consultation, je me place dans la ligne où je peux le faire, où il y a d'autres gens. Mais là, avec les pouvoirs qu'on va vous donner, des fois ça prend peut-être une salle qui va être fermée, des vaccinations. Comment est-ce que tous les pharmaciens du Québec et les pharmacies vont être capables, suite à l'adoption de ce projet de loi là, d'être capables d'offrir immédiatement ce service-là?

• (12 h 50) •

M. Bergeron (Nicolas) : Les pharmaciens s'adaptent très rapidement et ont toujours démontré être capables de... que ce soit, là, la prescription de la naloxone, qui s'est faite en dedans de, quoi, quatre ou cinq jours... On a appris que la loi passait, puis, après cinq jours, il fallait que, les pharmaciens, on distribue, qu'on charge, qu'on enseigne aux patients puis...

Une voix : ...

M. Bergeron (Nicolas) : Oui. Les pharmaciens seront capables de le faire. C'est certain qu'il y a de l'organisation à faire, mais assurément que les pharmaciens vont être capables de le faire, j'en suis convaincu. Et effectivement il y aura probablement des locaux peut-être fermés ou semi-fermés ou peut-être plus qu'un local. Il y a différents ajustements à faire, mais, les pharmaciens, certainement qu'ils pourront le faire, on en est convaincus.

M. Ciccone : Est-ce qu'il y a crainte aussi à l'effet que, justement, ça devienne comme une miniclinique, les pharmacies? Parce qu'on regarde les salles d'attente aussi, là. Moi, j'ai quatre chaises au Jean Coutu, chez nous, là. Là, est-ce qu'il risque d'y arriver une file d'attente où les gens vont dire : Bien là, moi, j'ai besoin juste d'un petit conseil, d'une petite consultation du pharmacien, puis là on va se présenter chez vous, et là la logistique, ça va être terrible?

M. Bergeron (Nicolas) : Je ne crois pas. Puis c'est un peu la question qu'on se posait lorsqu'on a fait l'étude, on a dit : C'est quoi, la réalité vraiment actuelle puis c'est quoi que ça représente au niveau des... On a regardé les urgences des hôpitaux au Québec, et à ce moment-là on avait à peu près... on a réalisé qu'à peu près... peut-être 10, 12 conseils en moyenne, de vrais conseils à un patient qui a un problème de santé, qui se présente à la pharmacie pour voir le pharmacien pour discuter et choisir le produit, tout ça, peut-être 10, 12 conseils, en moyenne, par jour par pharmacie au Québec. Et dans l'étude on disait : En regardant le nombre de millions de consultations dans les urgences, si on disait qu'on rapatriait le deux tiers des P4, P5 dans les pharmacies québécoises, ça augmentait le 10, 12 consultations par jour à deux de plus, peut-être, à 12 ou 14 consultations, mais ce n'était pas énorme... consultations de plus, peut-être, aux six heures.

Effectivement, par contre, avec une loi n° 31 et d'autres, peut-être un développement de loi n° 41, bon, tout ce qui peut peut-être s'ensuivre, il va y avoir, probablement, plus de visites dans les pharmacies. Par contre, le pharmacien ne sera jamais un poseur de diagnostics, il va rester dans son cadre vraiment pharmaceutique. Donc, oui, il va y avoir peut-être un peu plus de consultations, mais on ne va jamais prendre la place des cliniques médicales. Puis ce n'est pas ça qu'on recherche non plus, là, c'est vraiment de faire notre part et d'être utilisés à plein régime.

M. Ciccone : ...

Le Président (M. Provençal) : Merci.

M. Ciccone : Ah! bon, O.K., la prochaine fois. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je dois céder, maintenant, la parole au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci beaucoup. Merci d'être présents pour pouvoir nous éclairer sur tous les détails dont on est moins conscients quand on n'est pas sur le terrain comme vous.

L'abolition de la franchise, de la coassurance, vous en avez parlé beaucoup. Quelles seraient les conséquences financières de ça? Est-ce que vous avez fait des évaluations, par exemple, pas du point de vue du patient mais du point de vue, mettons, de l'État québécois ou des pharmaciens? C'est quoi, les... Qu'est-ce qui...

Mme Nguyen (Thina) : Mais je pense que, ça, là, cette partie-là, l'AQPP va peut-être pouvoir répondre mieux que nous, avec les chiffres qu'ils pourront vous démontrer, mais... c'est ça.

M. Bergeron (Nicolas) : Ce n'est pas énorme. Ce n'est pas énorme, ce que ça représenterait pour l'État. Je ne peux pas vous le dire assurément, là, mais...

M. Zanetti : O.K. Bon, bien, parfait. Bien, je vais ramener ma question. Je vous remercie.

Sinon, est-ce que les pharmaciens vont avoir besoin de formation pour accomplir les choses qui sont demandées là-dedans ou est-ce que tous les pharmaciens sont en mesure de faire toutes les choses qui sont prévues au p.l. n° 31?

Mme Jawaheer (Nirvishi) : On a toujours besoin de formation. On fait de la formation continue. Qu'est-ce que j'ai appris hier, c'est désuet aujourd'hui, donc on est en formation continue, je pense, tout le temps. C'est vrai qu'avec les nouvelles choses qu'on pourrait faire on aurait des formations, mais il y a beaucoup de formations de prévues déjà. Même nos deux universités sont en train de former des étudiants pour vacciner les gens. Donc, il faut penser que, dans deux ans, 400 étudiants vont sortir de l'université qui savent vacciner. Donc, on est en train de prévoir, et tout le monde prévoit... l'OPQ, l'AQPP, nous, tout le monde, tout le monde, on prévoit, avec... quand le p.l. n° 31 va être approuvé, je l'espère, qu'on va être prêts pour faire les actes aussi. Et on est très flexibles, on est des pharmaciens, les lois changent à chaque fois. Vous avez vu ce qui s'est passé, et on s'est toujours adaptés. Donc, on est là pour servir nos patients, on est là pour la surveillance de la thérapie, et c'est ce qu'on va faire, et on va s'ajuster.

Mme Nguyen (Thina) : Il y a quatre formations à suivre et actuellement il y a à peu près 1 000 pharmaciens qui ont suivi le cours comment administrer un vaccin. Moi et Nirvishi, on a suivi tous les cours à date, donc, nos pharmaciens aussi, plusieurs de nos pharmaciens salariés ont suivi le cours. Alors, on se prépare déjà, éventuellement, oui.

M. Bergeron (Nicolas) : Nos confrères parlaient aussi, tantôt — de l'Ordre des pharmaciens — qu'il y avait, quoi, 800 000 interventions qui avaient été faites. Il n'y a pas eu vraiment de problèmes majeurs ou plein de poursuites. On n'entend pas parler dans les médias. Les pharmaciens font bien les choses. Donc, les pharmaciens... À la base, le pharmacien va s'adapter, mais il est rigoureux puis il est quand même prudent. Ça fait que le pharmacien ne va pas s'aventurer, il n'est pas de nature cow-boy, pour utiliser un anglicisme.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. On termine avec le député de Jonquière. M. le député.

M. Gaudreault : Oui, merci. Merci beaucoup. Vous parlez, dans votre mémoire, à la page 13, de l'exercice avancé, de pratique collaborative. J'aimerais ça vous entendre davantage là-dessus, autrement dit jusqu'où on pourrait aller plus loin. Pratique collaborative, pour moi, c'est aussi l'interdisciplinarité, pas juste avec des médecins, avec des psychologues, avec des travailleurs sociaux, etc. Donc, essayez de m'en dire un petit peu plus là-dessus. Puis je vous avertis tout de suite, j'ai une autre question, donc je n'ai pas beaucoup de temps.

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Oui. Donc, quand on prend en charge le patient, on fait ce que nous, on fait, ça veut dire qu'on optimise le traitement et on surveille la thérapie. Mais, lorsqu'on voit quelque chose... Par exemple, si je vais dans le DSQ, je ne fais pas de diagnostic, je regarde : C'est une phase aiguë? Est-ce que c'est une phase chronique? Et je fais le suivi de la thérapie en me basant dessus. Donc, si jamais je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien, je vais communiquer avec le médecin ou je vais en parler à l'infirmière pour faire le suivi avec eux. Donc, je ne travaille pas toute seule, je travaille avec tous les autres professionnels de la santé pour prendre en charge mon patient. Mais je ne travaille pas en silo, ne jamais travailler en silo, et, quand il y a quoi que ce soit, on a des communications constantes avec les médecins. Et puis les gens... Et, au CLSC aussi, il y a tous les intervenants, et on voit la réalité de la personne. On peut faire des visites à domicile, on en fait souvent pour voir la réalité de nos patients.

M. Gaudreault : Mais est-ce que je comprends bien si vous dites que ça pourrait aller encore plus loin que le projet de loi n° 31, sur la pratique collaborative?

Mme Jawaheer (Nirvishi) : Ça veut dire qu'avec les nouvelles données qu'on va avoir on peut comme aller plus loin. Par exemple, si je peux vérifier des valeurs encore plus profondément pour mes patients, je peux intervenir plus rapidement. Donc, la collaboration avec le médecin, je ne vais pas attendre qu'il aille à son rendez-vous pour le faire, je pourrais le faire tout de suite. Donc, je mets mon patient encore au centre de mes interventions.

M. Gaudreault : O.K. Quand on parle de pharmacie, on voit toujours le Familiprix du coin de la rue puis le pharmacien qu'on fréquente à tous les jours, mais l'angle mort ou, en tout cas, un peu les plus méconnus, c'est les pharmaciens d'établissement, qui font pourtant un travail incroyable, très présent dans les établissements. Alors, en quoi, là, le projet de loi n° 31 va venir soutenir davantage la profession des pharmaciens d'établissement?

Le Président (M. Provençal) : Rapidement.

M. Bergeron (Nicolas) : Votre question précédente, justement, quand elle parlait de pratiques plus poussées, peut-être, les pharmaciens d'établissement de santé sont un peu des pharmaciens un peu plus spécialisés dans certains domaines. Donc, eux font souvent certains types de collaboration avec des médecins spécialistes, et le projet de loi n° 31 vient un peu mettre ça, là... un peu officialiser, là, ce qui se fait déjà dans certains hôpitaux, là. Donc, ça va aller de l'avant.

M. Gaudreault : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, merci aux trois représentants de la Fédération des pharmaciens du Québec pour leur contribution à nos travaux.

La commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 12 h 58)

(Reprise à 15 heures)

Le Président (M. Provençal) : Alors, bonjour, tout le monde. Avant de débiter nos travaux, j'aurai besoin du consentement pour que M. Arseneau, des Îles-de-la-Madeleine, participe à la séance. Consentement? Merci.

La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

Nous poursuivons les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 31, Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services.

Nous débiterons, cet après-midi, par les remarques préliminaires, puis nous entendrons par la suite les organismes suivants : l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Remarques préliminaires

Alors, on débute par les remarques préliminaires. Mme la ministre.

Mme Danielle McCann

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais saluer les membres de la commission, évidemment, les députés du gouvernement, les députés de l'opposition, mon équipe, également, du cabinet et du ministère de la Santé et des Services sociaux et toutes les personnes dans l'assistance, alors, pour discuter, vous entendre sur le projet de loi n° 31, Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services.

Le rôle prépondérant du médicament dans l'arsenal thérapeutique et la complexification de la pharmacothérapie, ça exerce une influence déterminante sur la pratique de la pharmacie. D'une pratique orientée presque exclusivement vers la préparation et la dispensation de médicaments, le pharmacien est passé à une pratique clinique beaucoup plus proche des besoins du patient.

La formation des pharmaciens a aussi grandement évolué, notamment par l'introduction du doctorat professionnel en pharmacie. Notons, à cet égard, que la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal fut la première au Canada, en 2007, à offrir cette formation de haut niveau. Alors, je profite de l'occasion pour souligner que la faculté fête cette année ses 100 ans d'existence. On peut ainsi affirmer que la formation des pharmaciens repose sur des assises solides, tout en étant à l'avant-garde des plus hauts standards internationaux.

En 2011, afin d'être en phase avec les compétences des pharmaciens et mieux répondre aux besoins des patients, la Loi sur la pharmacie a été actualisée pour y introduire de nouvelles activités professionnelles. Ainsi, la prolongation et les ajustements d'ordonnance ont notamment été introduits à l'exercice de la pharmacie. Il s'agissait d'un jalon important à traverser pour faire entrer pour de bon la profession dans les soins pharmaceutiques.

Plusieurs années plus tard, plusieurs constats peuvent être tirés de la mise en oeuvre des activités du projet de loi n° 41. Principalement, on constate que certaines activités n'ont pas atteint leur plein potentiel en raison de limitations et qu'elles ne permettent pas de répondre entièrement aux besoins des patients qui consultent en pharmacie et qui ont besoin du support essentiel d'un expert en pharmacothérapie pour assurer l'usage optimal de leur médication.

Aujourd'hui, il est temps d'aller plus loin pour faire en sorte que les activités professionnelles des pharmaciens soient en parfaite adéquation avec les besoins des patients et ceux de notre système de santé. Le présent projet de loi traduit ici notre volonté de décloisonner les professions en santé afin de permettre un meilleur travail interdisciplinaire et de favoriser une synergie essentielle à l'atteinte de la prise en charge des patients. Le Québec peut compter sur un effectif de plus de 9 000 pharmaciens, dont plus de 1 600 oeuvrent au sein de nos établissements de santé et de services sociaux.

Comme vous le savez, les besoins sont grands en santé, et y répondre représente un grand défi. On ne saurait manquer l'occasion de mettre à contribution pleinement tous les professionnels de la santé à la hauteur de leurs compétences, ce qui inclut le pharmacien. Nous avons ici l'occasion réelle de moderniser l'exercice de la pharmacie pour l'amener aux niveaux les plus avancés en Occident. C'est une occasion qu'il ne faut pas manquer, avant tout au bénéfice de l'accessibilité et de la qualité des soins au patient.

Alors, je vous remercie et je vous souhaite d'excellents échanges sur cet important projet de loi pour notre système de santé.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. J'invite maintenant le porte-parole de l'opposition officielle et député de Pontiac à faire ses remarques préliminaires pour une durée de quatre minutes. La parole est à vous, M. le député.

M. André Fortin

M. Fortin : Merci, M. le Président. Ça fait un peu bizarre, je vous l'avoue, là, mais je vous salue quand même, même si on siège depuis quelques heures à étudier ce projet de loi là. Je salue la ministre et son équipe, les gens du ministère qui sont ici, les députés des deux côtés de la banquette, et je remercie d'avance les groupes qui se joignent à nous aujourd'hui.

Depuis un an, je pense qu'on a toujours... ou néanmoins depuis mon arrivée à titre de porte-parole en matière de santé, je pense, M. le Président, que je l'ai dit à maintes reprises et je le redis encore aujourd'hui, nous, on étudie les projets de loi, à savoir est-ce qu'ils sont bons pour le patient, est-ce qu'ils ne sont pas bons pour le patient, et ce projet de loi là, très clairement, et ce n'est pas la première fois que je le dis, contient des bonifications importantes pour l'accès aux soins pour plusieurs Québécois. Alors, c'est, encore une fois, l'optique qu'on va prendre dans l'étude de ce projet de loi là, qui contient un accès simplifié, tant pour la personne qui se présente en pharmacie que pour la personne qui attend peut-être à l'urgence, et qu'il y aura, on l'espère, on l'espère, Mme la ministre, un temps d'attente peut-être un peu moins long dû au fait que certaines personnes n'auraient plus à se présenter soit à leur GMF, leur clinique ou en salle d'urgence.

Maintenant, il y a des professionnels — les pharmaciens en font partie — qui sont prêts à donner un coup de main additionnel. Et, dans la situation présente, on ne peut pas se priver de professionnels qui veulent en faire davantage en termes de services aux patients. Notamment, les pharmaciens peuvent effectivement en faire davantage du côté des vaccins. C'était une des questions qu'on avait soulevée lors de l'étude de crédits, on avait demandé à la ministre, à l'époque : Est-ce que ce

projet de loi là va être prêt pour la saison de l'automne? C'est un peu la grande déception, là, qu'on a, de notre côté, M. le Président, on a peur qu'on va probablement manquer la saison de vaccins de cet automne. Et pourtant, vous le savez, tout le monde ici le sait, la Commission de la santé et des services sociaux n'a pas siégé de façon continue, disons, au cours du dernier mois, on aurait pu procéder plus rapidement, plus rondement sur ce projet de loi là.

Maintenant, il y a des questions qu'il faut régler. Il y a des questions d'accès, mais il y a aussi des questions de fonctionnement qu'il faut régler. On a entendu, ce matin, M. le Président, des situations, qui sont acceptées avec le temps, puis je ne veux pas dire qu'elles sont illégales, mais disons qu'elles sont en contravention des dispositions des lois actuelles, mais qui sont tolérées, qui font partie de la pratique régulière dans nos établissements de santé. Et ne serait-ce que pour protéger ces professionnels-là qui commettent ces gestes-là, qui organisent leurs services de cette façon-là en pensant aux patients, il y a des modifications à faire. Il y a des modifications à faire au projet de loi pour s'assurer que ces professionnels-là peuvent donner les services nécessaires aux patients qui s'attendent aux services en question.

Enfin, bien sûr, et comme toujours, on va entendre les différents groupes qui sont avec nous aujourd'hui au cours des travaux, et d'emblée nous serons très ouverts aux propositions de modifications, car nous savons que tous les groupes qui sont ici ont, bien sûr, leurs professionnels en tête, mais également le bien des patients en tête d'abord et avant tout. Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. J'invite maintenant le porte-parole du troisième groupe d'opposition et député des Îles-de-la-Madeleine à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale d'une minute. La parole est à vous.

M. Joël Arseneau

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Alors, d'entrée de jeu, je veux dire qu'au Parti québécois on est favorables au décloisonnement professionnel en santé. Nous étions pour le fait que les infirmières aient davantage de rôles à jouer dans l'exercice de leur profession pour, justement, favoriser une plus grande fluidité dans les services de santé et éviter, donc, de surcharger, par exemple, les urgences ou les médecins. C'est un peu la même approche pour ce qui est du travail des pharmaciens. On pense qu'il faut optimiser leur pratique pour aller jusqu'au bout des services qu'ils peuvent offrir à l'intérieur de leurs fonctions et de leurs compétences. C'est une question, effectivement, d'accès aux services de santé. Qui n'a pas eu un jour à se faire administrer un médicament ou à prolonger une ordonnance et devoir aller faire un détour par l'hôpital ou au cabinet du médecin, sans nécessairement pouvoir avoir l'accès de façon efficace ou rapide? C'est une question, donc, d'efficacité.

Nous avons certains enjeux, quand même, à regarder sur le plan, là, des responsabilités, de l'habilitation des pharmaciens à remplir les fonctions qu'on va vouloir leur confier. Alors, c'est avec beaucoup d'ouverture que nous allons accueillir les témoins, les personnes qui se présentent ici aujourd'hui et dans les prochaines séances. Merci.

• (15 h 10) •

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. J'invite maintenant le porte-parole du deuxième groupe d'opposition et député de Jean-Lesage à faire ses remarques préliminaires pour une durée d'une minute. La parole est à vous.

M. Sol Zanetti

M. Zanetti : Merci. Alors, évidemment, c'est un projet de loi qui va dans le sens de la répartition de la tâche dans un système où, finalement, pour toutes sortes de raisons historiques, la tâche médicale a été très centralisée. Alors, c'est quelque chose qu'on accueille d'un bon œil. On est très contents de voir qu'il y a beaucoup de gens qui viennent témoigner pour nous aiguiller, pour parfaire ce projet de loi, parce que probablement que des projets de loi parfaits, ça n'existe pas, alors on va être très à l'écoute pour pouvoir s'inspirer dans les modifications qu'on pourra y apporter. Et puis, voilà, je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le député, pour ces remarques préliminaires.

Auditions (suite)

Nous allons maintenant débiter les auditions. Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé.

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Thiffault (Jean) : Merci, M. le Président. Mme la ministre, Mmes, MM. les députés, mesdames messieurs du personnel politique et administratif, bonjour. Mon nom est Jean Thiffault, je suis le président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, l'AQPP. Je suis accompagné aujourd'hui de M. Jean Bourcier, qui est le vice-président exécutif et directeur général, et de Me Marie-Josée Crête, qui est directrice à la négociation et aux affaires juridiques.

L'AQPP représente, évidemment, les 2 054 pharmaciens propriétaires des 1 900 pharmacies au Québec, qu'ils soient affiliés ou non à une entité ou à une bannière commerciale. Ces 1 900 pharmacies représentent chacune autant de points d'accès aux soins de première ligne. Présents dans toutes, toutes les régions du Québec, les pharmaciens communautaires

sont des professionnels de confiance que plus de 1 million de Québécois consultent à chaque semaine. De plus, en tant qu'entrepreneurs, les pharmaciens propriétaires représentent une force économique importante en employant plus de 45 000 personnes partout au Québec. Ceci fait de la pharmacie communautaire l'un des plus importants employeurs privés au Québec.

D'entrée de jeu, évidemment, je veux déclarer que l'AQPP appuie la volonté du gouvernement qui est véhiculée par le projet de loi n° 31 d'élargir, d'étendre la portée de certaines activités actuellement exercées par les pharmaciens. Les pharmaciens font partie de l'équation quand vient le temps de parler d'optimisation de la première ligne de soins. D'ailleurs, la logique de l'utilisation du bon professionnel de la santé au bon moment du parcours patient pointe vers une utilisation accrue des services en pharmacie, puis ce projet de loi, qui vise cet objectif, constitue indéniablement un pas dans la bonne direction.

Le succès de l'implantation du projet de loi n° 31 ne sera possible que si le gouvernement fait tomber certaines barrières liées à la prestation des services cliniques en pharmacie et accepte de mettre en place les trois conditions suivantes : éliminer la taxe patient, soit les frais de franchise et de coassurance sur les services cliniques en pharmacie, c'est-à-dire celles qui ne sont pas liées à la vente comme telle du médicament, soutenir le développement des activités cliniques en pharmacie, et finalement revoir le modèle de rémunération, inchangé depuis les années 70, en fonction de la réalité de la pharmacie d'aujourd'hui.

Imposer une franchise, une coassurance sur les activités cliniques en pharmacie constitue un frein à la prestation de ces services par nos membres. Les patients voulant recourir aux activités proposées par le projet de loi n° 31, tout comme celles découlant du projet de loi n° 41, qui a été adopté... qui est entré en vigueur en 2015, devront payer des frais, alors que ces mêmes services sont disponibles ailleurs dans le réseau de la santé, par exemple à la clinique, au CLSC ou au centre hospitalier. Nos membres observent quotidiennement que ces frais qui sont imposés par l'État sur les activités cliniques incitent trop souvent les patients à renoncer à les obtenir en pharmacie pour plutôt emprunter un parcours de soins qui est plus coûteux pour l'État et souvent moins efficace pour le patient lui-même.

D'ailleurs, dans un récent sondage, les deux tiers des patients qui ont été sondés par la firme Léger sont contre l'idée de payer pour un service clinique rendu en pharmacie alors que ce même service est gratuit ailleurs dans le système de santé. Ce même sondage révèle que 78 % des patients auraient recours à un service clinique, comme par exemple la vaccination, si ce service était gratuit en pharmacie. Enfin, dans un autre sondage mené en août dernier par l'AQPP auprès de ses propres membres, 88 % d'entre eux estiment que les frais imposés aux patients pour la vaccination en pharmacie auraient un impact négatif sur la demande de ce service.

Donc, l'imposition de la franchise, de la coassurance sera donc un obstacle majeur à l'atteinte des ambitieux objectifs du projet de loi n° 31, tout comme elles l'ont été aussi pour le projet de loi n° 41. Sans leur abolition, il est difficile d'envisager que les Québécois changeront leurs habitudes et iront visiter leurs pharmaciens plutôt qu'aller dans les urgences ou les autres établissements de santé déjà utilisés à pleine capacité. Rappelons qu'actuellement les frais que le gouvernement perçoit sur les activités cliniques ne représentent que 1,7 million de dollars pour le volet public du régime général d'assurance médicaments, comparativement à près de 900 millions sur les frais de franchise, coassurance liés à la vente de médicaments elle-même, à la distribution de médicaments. Pour le volet privé, les patients déboursent autour de 1,3 million de dollars, selon les modalités prévues à leur régime. Donc, le gouvernement pourrait facilement utiliser son pouvoir discrétionnaire afin de déterminer par règlement les services pharmaceutiques pour lesquels aucune contribution n'est exigée. L'abolition de la franchise et de la coassurance est donc un facteur déterminant du succès de l'implantation du projet de loi n° 31.

En ce qui a trait à la deuxième condition, les pharmacies communautaires devront prévoir une réorganisation de leurs opérations, on en a parlé ce matin, et un investissement dans l'ajout de ressources physiques et humaines pour assurer une prise en charge optimale des patients. À titre d'exemple, pour offrir le service de vaccination, évidemment, un pharmacien propriétaire va devoir dégager un professionnel vaccinateur des opérations courantes ainsi qu'un espace physique pour accueillir ce type d'activité. Donc, dans le but d'améliorer concrètement l'accessibilité à la première ligne de soins, des discussions devront être rapidement entreprises avec le ministère pour permettre aux pharmaciens propriétaires d'adapter leur pratique à cette nouvelle réalité.

Abordons la troisième et dernière condition. Alors que ce nouvel élargissement du champ de compétence du pharmacien renforce son rôle de conseiller en matière de santé, le modèle de rémunération actuel ne correspond pas à l'importante évolution qu'a connue la profession au cours des dernières années. Le MSSS a d'ailleurs reconnu, en 2015, que le modèle actuel, qui est inchangé depuis 1972, n'est plus adapté au contexte de la pharmacie communautaire et qu'il nécessite une refonte en profondeur. En arimant mieux la façon de rétribuer les services des pharmaciens avec les besoins des patients mais aussi ceux du réseau de la santé, notamment en mettant la priorité sur les services de prise en charge aux patients, on donnerait aux pharmaciens les moyens nécessaires afin d'optimiser leur capacité à offrir les services cliniques attendus par tous. Le dépôt de ce projet de loi démontre la volonté du gouvernement de changer de paradigme afin que les pharmaciens puissent jouer un rôle accru dans la prise en charge des patients. Dans cette perspective, la refonte du modèle de rémunération actuel s'avère essentielle afin de favoriser l'évolution du rôle du pharmacien, tout comme il est essentiel de prévoir une rémunération reconnaissant la valeur des activités additionnelles prévues par le projet de loi n° 31.

Dans notre mémoire, évidemment, on a pris le temps d'analyser chacun des articles du projet de loi de façon détaillée, mais sans commenter ceux qui ne nécessitent pas d'ajustement. J'aimerais par contre pointer ceux qui posent problème ou qui méritent certains commentaires.

Tout d'abord, nous tenons à rassurer le législateur sur la notion de prescription de médicaments, notamment ceux de vente libre. Cette nouvelle activité n'augmentera pas la fréquence de recommandation d'un médicament par les pharmaciens, nos membres sont des professionnels assujettis à des obligations légales, professionnelles, déontologiques. Mais nous croyons que cette disposition permettra d'éviter des visites auprès de médecins pour des situations pouvant être facilement gérées directement en pharmacie, au bénéfice du patient.

Comme les objectifs du gouvernement pour la couverture vaccinale sont ambitieux, il est capital que les pharmaciens participent à l'effort collectif de vaccination en complémentarité avec les infirmières pratiquant déjà en pharmacie et non pas en remplacement de celles-ci. Nous demandons donc au gouvernement de reconnaître et de maintenir ce bassin de vaccinateurs en pharmacie en les incluant dans la mise en place d'un programme de vaccination en pharmacie communautaire.

Pour devenir vaccinateur, un pharmacien doit investir environ 25 heures dans sa formation et plusieurs centaines de dollars. Comme les coûts associés à cette formation sont très importants, l'AQPP propose minimalement que la formation basée sur le Protocole d'immunisation du Québec leur soit offerte gratuitement.

Par ailleurs, afin de permettre un accès équitable et efficace aux vaccins offerts gratuitement par la Santé publique, l'AQPP souhaite que le MSSS utilise les grossistes reconnus pour la distribution des vaccins en pharmacie. Sachant que la majorité des clientèles ciblées comme prioritaires par le MSSS convergent en pharmacie naturellement, l'AQPP est préoccupée par le problème que pourrait entraîner un nombre insuffisant de vaccins disponibles en pharmacie communautaire pour satisfaire la demande pour ces patients en particulier.

Pour ce qui est de la substitution d'un médicament prescrit par un autre médicament même s'il n'appartient pas à la même sous-classe thérapeutique, ce changement-là, il est nécessaire quand on considère la fulgurante augmentation des pénuries de médicaments au Québec et au Canada. Cependant, comme le mentionnait l'ordre ce matin, il apparaît nécessaire d'ajouter au paragraphe 8° de l'article 17 la situation relative au retrait d'un médicament du marché. En effet, dès qu'une compagnie pharmaceutique annonce qu'elle cessera de produire un médicament, le pharmacien devrait être en mesure de le substituer et non de devoir attendre qu'il soit en rupture complète d'approvisionnement. Mettons le patient en priorité.

En conclusion, j'aimerais vous rappeler le thème de notre dernière campagne de mobilisation : *Nous faisons partie de l'équation*. Nos membres croient réellement qu'ils peuvent contribuer positivement aux objectifs du gouvernement pour l'accès aux soins de première ligne. Le projet de loi n° 31 constitue, en ce sens, un pas dans la bonne direction. L'AQPP réitère donc le souhait de travailler étroitement avec le gouvernement du Québec pour faciliter la mise en oeuvre de ce projet de loi. Cependant, le succès de cette implantation dépendra en grande partie de la volonté du gouvernement de mettre en place les mesures nécessaires, notamment par l'élimination de la franchise et de la coassurance sur les activités cliniques en pharmacie. Donc, ces conditions de succès sont, somme toute, assez réalistes et la base sur laquelle le projet de loi n° 31 permettra aux pharmaciens, plus que jamais, de faire partie de l'équation. Chers parlementaires, merci. Merci, M. le Président. Merci, Mme la ministre.

• (15 h 20) •

Le Président (M. Provençal) : Alors, merci beaucoup pour votre exposé. Nous allons commencer la période d'échange. Mme la ministre, la parole est à vous pour 16 min 30 s.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. Thiffault, M. Bourcier, Mme Crête, ça fait plaisir de vous revoir. Merci pour votre exposé.

Il y a quelques éléments dont j'aimerais vous parler... en fait, que vous nous exposiez davantage des éléments, notamment la vaccination. Vous en avez parlé quand même assez longuement, mais pourriez-vous nous dire dans quelle mesure vous êtes prêts, les pharmaciens, actuellement, à vacciner? Évidemment, tout dépend du cheminement du projet de loi, bien entendu, mais dans quelle mesure vous êtes prêts à vacciner cette année?

M. Thiffault (Jean) : Évidemment, il y a des choses qu'on ne contrôle pas, évidemment, comme l'avancement des travaux parlementaires. Les pharmaciens ont cette demande sur la vaccination depuis plusieurs années. Les pharmaciens vaccinent partout en Amérique du Nord, sauf au Québec. Donc, les pharmaciens étaient prêts. Quand est arrivée l'opportunité, on a vu une mobilisation.

Donc, présentement, aujourd'hui, on nous dit qu'il y aurait 1 000 pharmaciens qui seraient déjà formés à offrir la vaccination, ce qui est quand même très bien, sachant qu'on n'a pas d'échéancier, on n'a pas d'honoraires, on n'a pas de conditions, on n'a pas les détails techniques entourant la vaccination. Donc, il y a 1 000 pharmaciens, déjà, qui seraient formés, qui s'ajouteront au service de vaccination qu'offrent déjà les infirmières en pharmacie. Parce que, contrairement à nos collègues des autres pays, vu que les pharmaciens ne vaccinaient pas, les infirmières vaccinent en pharmacie. Donc, si on rajoute la capacité des pharmaciens, on va être capables de faire une différence.

Donc, je pense qu'il y a un intérêt. On attend de savoir quand on va pouvoir vacciner. Les pharmaciens préparent leurs équipes à ça. On est inquiets sur le nombre de vaccins qui va être disponible, la distribution des vaccins. Une chose qui est certaine, c'est que la clientèle qui, historiquement, est la plus difficile à rejoindre, pour la Santé publique, pour la vaccination, ce sont les adultes entre 18 et 59 ans qui souffrent de maladies chroniques. Ces gens-là sont occupés, ils n'ont pas le temps d'aller au CLSC et de se faire vacciner. On souhaite une couverture de 80 %, on est à 25 %, 20 % ou 25 %. Donc, ces patients-là, on les voit tous les mois en pharmacie. Je pense que le pharmacien peut facilement faire une différence à ce niveau-là. Et en plus on parle d'autres vaccins aussi. On parle beaucoup du vaccin contre la grippe, mais il y a le vaccin contre la pneumonie, il y a d'autres vaccins, aussi, que le pharmacien va pouvoir administrer.

M. Bourcier (Jean) : Peut-être en ajout, actuellement, les organisations de pharmacie travaillent à créer des opportunités de former les pharmaciens au travers de congrès, de séminaires, de journées de formation organisées, et ça, pour le bénéfice de leurs membres. Puis je tiens à souligner aussi que ces 1 000 pharmaciens là, là, ils se sont formés en période estivale, quand, vous le savez, il y a du monde en vacances, là, aussi dans les pharmacies, comme partout ailleurs. Donc, ils ont quand même fait un effort additionnel durant l'été pour commencer à se préparer. Moi, je vous dirais qu'il va se former 200 et plus pharmaciens par mois, là, au cours des prochains mois, systématiquement.

M. Thiffault (Jean) : Et on fait tout ce qu'on peut faire, ce qui est en notre contrôle. Vous savez, présentement, on est en train de négocier tout ce qui va entourer la vaccination au niveau des honoraires. Ce qu'on sait déjà, ce qui est important de savoir, c'est que pour le payeur public, si on compare au coût... Il y a très peu de coûts connus, sur le coût pour l'État, des cliniques de vaccination actuelles. Ce qu'on a trouvé, c'était, en 2006, un rapport de l'INSPQ. Et ce qu'on discute en ce moment est nettement... comme coût, pour offrir les services, là, comme honoraires de pharmaciens en négociation, est nettement plus bas que le coût pour l'État d'offrir le service dans le réseau actuel. Donc, peu importe l'état des négociations, l'État va être gagnant, le payeur va être gagnant, les patients vont être gagnants, parce que ce service-là, il est attendu en pharmacie.

M. Bourcier (Jean) : Peut-être un dernier ajout. L'an dernier, on estime qu'en pharmacie il s'est vacciné plus ou moins 300 000 personnes avec les infirmières disponibles. Pour votre information, il y a à peu près 700 infirmières, actuellement, dans les 1 900 pharmacies du Québec, infirmières qui travaillent à temps plein ou à temps partiel et qui étaient les vaccinatrices, l'année passée, quand le patient se présentait. C'est important, si on veut, tout le monde, atteindre notre objectif de vacciner plus de monde, de considérer que le pharmacien s'ajoute à cette capacité-là et ne remplace pas cette capacité-là. On s'en est parlé à maintes reprises. Je pense qu'il faut garder en tête qu'on a tous le même objectif, améliorer la capacité vaccinale. Donc, pour ce faire, on maintient la capacité des infirmières en pharmacie de vacciner, on ajoute des pharmaciens qui vaccinent, on ramène les vaccins. L'année dernière, si on avait eu plus de vaccins, on estime qu'on aurait pu vacciner, en pharmacie, 600 000 personnes, donc le double de ce qu'on a pu vacciner. Comme Jean le disait, le manque de vaccins disponibles, l'année passée, a fait en sorte qu'on n'a pas pu, même en ayant juste des infirmières qui vaccinent, vacciner le nombre de patients qu'on aurait pu vacciner.

Mme McCann : Et le profil des personnes que vous avez vaccinées, l'année dernière, contre l'influenza... juste nous en dire peut-être deux mots, le profil des personnes. Est-ce que ce sont des personnes qui ont des maladies chroniques, des personnes âgées?

M. Thiffault (Jean) : Il y a les deux, en fait. Il y a des gens qui se qualifient pour le programme d'immunisation, qui reçoivent le vaccin gratuitement, donc on charge un frais pour l'injection, parce que c'est le pharmacien qui paie les services de l'infirmière, le vaccin est au frais du gouvernement. Et il y a des gens qui décident de payer et l'injection et le vaccin en pharmacie, parce que c'est sur rendez-vous, c'est à l'heure de leur choix, c'est prévu, il n'y a pas d'attente. Et rapidement, dès que les pharmaciens ouvrent des plages de vaccination, en une journée, une journée et demie, c'est complet. Et on parle de nombre... tu sais, c'est vraiment la quantité de vaccins qui limite l'utilisation. Mais la proximité est vraiment un facteur important. Le choix... La confiance est là, les gens s'attendent à avoir ce service-là en pharmacie. Il y a des gens qui pourraient l'avoir plus facilement, plus... gratuitement, au CLSC, qui vont décider quand même de venir en pharmacie chercher le service parce que c'est plus pratique.

Mme McCann : Avez-vous évalué, avec 1 000 pharmaciens formés, et peut-être plus, quel est le potentiel de personnes que vous pourriez vacciner?

M. Bourcier (Jean) : Comme je vous l'ai dit tantôt, si on avait eu deux fois plus de vaccins, on aurait pu vacciner deux fois plus de monde. Si vous ajoutez un pharmacien, en moyenne, par pharmacie, au Québec, qui serait capable de vacciner... Là, on en a 1 000, mais moi, je vous dis, là, probablement qu'hier on en avait 1 000, aujourd'hui on en a 1 010, ça s'ajoute, je vous dirais, on double la capacité de vaccination facilement en pharmacie.

M. Thiffault (Jean) : Mais c'est vraiment la quantité que le pharmacien peut commander qui va dicter le nombre de plages horaires disponibles et...

M. Bourcier (Jean) : L'offre et la demande, hein, c'est de ça qu'on parle, ici.

Mme McCann : Mais là je veux vous amener aussi sur la collaboration avec les médecins, parce que c'est au coeur, évidemment, du projet de loi. J'aimerais ça que vous nous en parliez, dans le cadre du projet de loi n° 31, comment ça pourrait évoluer, peut-être un petit état de situation actuel. Vous avez des barrières, potentiellement... des potentielles, et comment le projet de loi pourrait aider au niveau de la collaboration... puis nous expliquer un peu comment ça se passe, dans la réalité, la collaboration avec les médecins.

• (15 h 30) •

M. Thiffault (Jean) : Bien, je pense qu'on vit dans une période où il y a une ouverture à faire les choses différemment. Et on a toujours été, à l'AQPP, pour l'interdisciplinarité, en se disant... en mettant le patient au centre, puis dire : Qui est le bon professionnel au bon moment pour le bon acte à ce moment-ci du parcours patient — des fois, c'est l'infirmière, des fois, c'est le médecin, souvent, c'est le pharmacien, également — mais aussi au bon tarif pour le payeur? Il y a toujours un payeur. On oublie, là, je veux dire, quand quelqu'un va à l'hôpital, il y a des frais pour l'État, un médecin, une infirmière, il y a toujours un payeur. Donc, ultimement, il faut comparer le même service selon les différents points où ce service-là, il est distribué. Il y a de plus en plus un changement de culture, je vous dirais, puis on le voit sur le terrain aussi.

Ce qui manque un peu, c'est des balises, effectivement, dire ce que chaque professionnel fait, ce qu'il ne fera pas, dire quand il va communiquer avec l'autre pharmacien, et c'est comme n'importe quoi. Les pharmaciens d'hôpitaux ont développé des nouveaux services, parce qu'ils pratiquent dans un milieu fermé, ils sont capables... ils se connaissent,

avec les médecins. On fait la même chose en milieu communautaire. Donc, il y a une petite difficulté davantage, mais, dès qu'on réussit à avoir un patient en commun avec un médecin, puis lui expliquer ce qu'on fait, puis le prendre en charge, bien, on voit que ça se fait naturellement par la suite.

Il y a des barrières qui sont tombées. Les pharmaciens suivent maintenant la plupart des patients en anticoagulothérapie, c'est un exemple, ça, c'est beaucoup moins cher pour l'État, c'est mieux pour le patient, il n'est pas obligé de payer du stationnement à l'hôpital pour se faire faire son test, le pharmacien le prend en charge. S'il y a un problème, c'est clair quand il communique avec le médecin. Tout le monde est bien servi par un système de collaboration comme ça, et c'est ce qu'on souhaite aussi. Puis je pense que les communications avec les différents intervenants, les différents professionnels, que ce soient les infirmières, que ce soient les médecins, elles sont très bonnes, en fait, et on est capables de développer. C'est juste de comprendre un peu qui fait quoi pour quels patients, éviter les duplications, éviter les omissions, des fois, si on assume qu'un autre professionnel... ça prend un peu de coordination. Je pense que ça prendrait aussi un message du gouvernement pour dire : Voici, il y a des nouveaux endroits où les services peuvent être reçus. En Angleterre, pour un feu sauvage, on ne va pas à la clinique, il y a des campagnes, on oriente les patients au bon professionnel au bon moment pour le bon acte. Et je pense que, ça, il y a moyen d'y arriver, parce qu'il y a une volonté de tous, là, de mieux servir le patient.

M. Bourcier (Jean) : Peut-être aussi... L'AQPP véhicule depuis plusieurs années maintenant le fait qu'on ne cherche pas à faire des activités cliniques, des activités professionnelles en dehors de notre champ d'expertise. Les pharmaciens sont des experts du médicament. Nous, on cherche à optimiser l'utilisation du médicament pour le patient pour le bénéfice du patient. Donc, c'est le message, aussi, qu'on transmet à la FMSQ, à la FMOQ, aux infirmières, c'est le message qu'on amène. Donc, comment je dirais bien ça, on ne se veut pas des gens qui veulent... qui sont agressifs dans leur approche de vouloir faire d'autres choses, de vouloir faire plus. On veut en faire plus à l'intérieur de notre champ de compétence, puis je pense que ça nous a bien servis dans le développement de nos relations avec les autres professionnels de la santé.

Mme McCann : L'impact — justement, vous en avez parlé dans votre présentation — l'impact sur la première ligne, sur les urgences, je devrais dire aussi, là, comment vous le voyez? On a eu la Fédération des pharmaciens du Québec, ce matin, qui nous ont même, chiffres à l'appui, expliqué comment ça va impacter sur les P4, P5, hein, les fameux P4, P5 de l'urgence. Comment vous le voyez, de votre point de vue, là, avec le projet de loi n° 31?

M. Thiffault (Jean) : Bien, on voit déjà l'impact... le réflexe de la population d'aller en pharmacie pour des problèmes de santé mineurs, puis on voyait ces consultations-là augmenter dans les dernières années. Et on a mandaté HEC Canada... — HEC Canada! — HEC, le Centre de recherche du CHUM puis CIRANO de voir qui consulte pour quelles raisons puis les impacts pour le système de santé, et les résultats ont dépassé nos espérances. Ce n'est pas nous qui le disons, là, parce qu'il y a des millions de consultations qui se font annuellement, au Québec, pour des problèmes de santé mineurs, pas nécessairement reliés à un médicament, puis 77 % de ces consultations-là faites en pharmacie sauvaient une consultation ailleurs dans le système de santé, que ce soit en clinique ou à l'hôpital. Puis ce qui est bien aussi, c'est qu'il y a 26 % des gens qui consultent en pharmacie qui disent ne pas avoir à manquer le travail ou l'école. Donc, ça, il y a des coûts de société vraiment, vraiment importants. Et c'est des conseils très généraux, 30 % de ces conseils-là étaient pour des conseils de santé, l'activité physique, nutrition, hygiène. Puis ce n'est pas nous qui le disons, là, comme je dis, c'est HEC.

Donc, la pharmacie est déjà un point de service en première ligne, comme tel, et il y a sûrement moyen d'améliorer l'orientation au bon endroit pour le patient pour certains problèmes de santé ou, au contraire, si on lève un drapeau rouge, une pression à 200, une glycémie ou une condition qui nécessite une prise en charge rapide, bien, si on pouvait avoir des corridors de services directement avec l'hôpital pour dire : Voici une situation urgente, il faut que le patient aille consulter... Donc, il y a moyen d'arrimer ça. Mais les pharmaciens ont déjà le réflexe d'aller en pharmacie, parce que c'est à côté de la maison et que ça répond à leurs attentes comme service.

M. Bourcier (Jean) : Pour compléter aussi, Jean a parlé des coûts sociétaux, on oublie souvent ces coûts-là dans l'équation globale du système de santé dans sa globalité. Il y a des coûts sociétaux non reconnus mais qui coûtent cher, qui coûtent cher aux employeurs, qui coûtent cher à l'environnement. Donc, je vous invite aussi à avoir cette réflexion-là, parce que nous, on l'a, à savoir, bon, si un patient vient en pharmacie puis que ça prend une demi-heure, faire l'activité, versus aller en clinique, quand ça prend quatre heures, ou l'urgence, ça prend sept heures, bien, quelque part, là, les coûts sociétaux sont différents. En tout cas, nous, ça nous préoccupe.

Le deuxième élément que je veux souligner, l'AQPP a colligé le nombre d'activités cliniques effectuées en pharmacie l'année passée, le chiffre a sorti ce matin : 822 000 activités cliniques. On a pris 504 000 de ces activités-là et on a comparé le coût de ces activités-là en pharmacie, qu'est-ce que ça avait coûté au système de faire ces activités-là en pharmacie versus qu'est-ce que ça aurait coûté si ces mêmes activités là avaient été effectuées en clinique médicale, en cabinet de médecin, et c'est du simple au double. Donc, il y avait une économie, et là on parlait de 5 millions versus 10 millions, ici, là. Donc, c'est du simple au double, l'économie, de faire les activités en question en pharmacie versus si elles avaient été effectuées en clinique médicale. Et ça, c'est en considérant que ces activités-là ont été effectuées avec une franchise et une coassurance. Ça fait que, si vous augmentez... Mon message, c'est que, si vous augmentez la fréquence des activités cliniques en pharmacie, vous faites économiser au système de santé.

Mme McCann : Est-ce que j'ai encore du temps, M. le Président? Oui? Alors, une question. Justement, moi, j'entends parler de pharmaciens, à différents endroits au Québec, qui ont une collaboration presque... une entente avec des GMF, par exemple, qui travaillent très près, en collaboration. Est-ce que ça, c'est assez généralisé au Québec?

M. Thiffault (Jean) : Il y a des choses qui se développent selon les besoins. Il y a des régions qui ont une découverte médicale puis qui obligent, par la force des choses, les professionnels à se séparer la prise en charge de patients, donc le médecin va faire le diagnostic, et le suivi va être fait par le pharmacien. L'innovation découle souvent du besoin. Il y a des choses qui peuvent être exportées, par exemple, effectivement. On devrait s'inspirer de ces pratiques-là, qui sont nées dans des situations, des fois, de crise, aussi, mais s'assurer qu'elles soient sécuritaires, évidemment. Mais je pense qu'il y a des choses dans le projet de loi n° 31 qui permettent l'innovation, aussi, qui ne la freinent pas. Il y a des situations qui étaient un peu ambiguës au niveau du respect, là, des règlements mais qui étaient très clairement bénéfiques aux patients et sécuritaires. Donc, il y a des choses qui viennent d'être corrigées par le projet de loi n° 31. Donc, on devrait s'inspirer puis se donner des plateformes pour les partager, aussi, ces pratiques innovatrices là, qui vont de plus en plus se développer aussi avec ce que va permettre le projet de loi n° 31.

M. Bourcier (Jean) : En complémentarité, encore une fois, c'est sûr que, dans les régions, la proximité des professionnels de la santé permet souvent plus facilement un travail collaboratif accru, encore plus que ce qu'on peut voir dans les centres urbains, où il y a une dispersion de la clientèle, il y a une dispersion des relations entre médecins et pharmaciens. Mais, Jean l'a bien dit, souvent il y a des beaux exemples en région qui pourraient être reproduits dans toutes les régions du Québec, là, incluant les centres urbains.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Merci, Mme la ministre. L'échange se poursuit avec le député de Pontiac. Vous avez 11 minutes pour l'échange, à vous la parole.

M. Fortin : Merci, M. le Président. Merci à vous, messieurs et madame, pour votre présentation. Vous avez fait un point, vous avez parlé du bon professionnel pour le bon patient au bon moment, si j'ai bien compris l'ordre des choses, oui.

M. Thiffault (Jean) : ...son parcours de soins, mettons.

M. Fortin : O.K. Je reste sur la question du vaccin, là, mais, dans le contexte où vous avez des infirmières en pharmacie qui offrent le vaccin, le pharmacien va se... si le projet de loi va de l'avant, le pharmacien va pouvoir, lui aussi, contribuer à ce niveau-là. C'est qui, le bon professionnel, à ce moment-là? Est-ce qu'il va y avoir moins d'infirmières qui vont donner des vaccins? Est-ce qu'elles vont faire autre chose? Est-ce qu'on va faire d'autres actes en pharmacie pour les infirmières? C'est qui, le bon professionnel, à ce moment-là, pour le patient qui a besoin d'un vaccin?

M. Thiffault (Jean) : En fait, à ce moment-là, c'est le point de dispensation qui va être le point optimal, en pharmacie. Mais, entre un pharmacien puis une infirmière, l'infirmière va toujours être une vaccinatrice plus expérimentée, évidemment, que le pharmacien. Donc, c'est qui sera disponible à ce moment-là, là. Je pense, dans le parcours de soins du patient, c'est à l'horaire qui lui convient, proche de chez lui. L'infirmière, en cas de période de vaccination intense, là, durant la période de grippe, va toujours être plus efficace qu'un pharmacien. Donc, le pharmacien n'a jamais prétendu qu'il allait remplacer l'infirmière, mais c'est plutôt compléter aussi, donc, peut-être à d'autres plages horaires, pour d'autres vaccins plus ponctuels. Il y a des vaccins qui se donnent à une fréquence de quelques années, donc, il y a une analyse du calepin de vaccination du patient. Donc, à ce moment-là, ce n'est peut-être pas l'un ou l'autre, c'est le point de dispensation qui est important, je pense, là.

M. Bourcier (Jean) : Peut-être juste ajouter, d'ailleurs, dépendamment du type de vaccin et de la période vaccinale, moi, je pense qu'en période grippale la complémentarité des deux va être excessivement importante. Et, pour reprendre ce que Jean a dit, c'est l'endroit, à ce moment-là, qui est important, parce que l'endroit est en disponibilité. Pour la vaccination pour un vaccin... pour le zona, pour fins d'exemple, à ce moment-là, dépendamment de la plage horaire disponible pour la vaccination, bien là, on parle de d'autre chose.

M. Fortin : Avez-vous fait une analyse des pharmaciens qui ont déjà, disons, suivi la formation? Vous avez dit qu'il y en a beaucoup qui l'ont faite au cours de la période estivale, là, en préparation de l'adoption potentielle d'un projet de loi, mais avez-vous fait une analyse, à savoir est-ce qu'il y a des pharmaciens en milieu rural... Et là je ne parle pas nécessairement des grandes villes en région, là, je ne parle pas de Saguenay, Gatineau ou ailleurs, mais je parle des petits milieux ruraux, là, parce que la pharmacie, vous avez raison, est souvent un point beaucoup plus proche que l'hôpital en milieu rural ou que, même, le CLSC ou autre, là. Est-ce que vous avez fait une analyse à savoir où sont les premiers professionnels qui seraient formés pour ça?

• (15 h 40) •

M. Bourcier (Jean) : Ce qu'on peut vous dire, c'est qu'on a fait un sondage, récemment, auprès de nos membres, il y a quand même 30 % de nos membres qui ont répondu au sondage, et ces membres-là étaient répartis dans tout le Québec, et effectivement il semblait... et là je me garde une réserve, là, mais il semblait que la représentativité régionale était bonne au travers du Québec, et nous, on pense que ça va se maintenir, comme tendance.

M. Thiffault (Jean) : Il y a un facteur limitant avec la capacité des plages de formation pour l'enseignement clinique pratique, là, de vaccination. C'est ce qui freine, on en aurait probablement encore plus.

M. Fortin : Ça, ça va, pour le côté, là, accès des patients, mais on va juste parler... parce que vous faites deux recommandations à ce niveau-là, on va parler d'argent un petit peu, là, si vous le permettez, là. Je vous ai entendu

dire que la formation, elle dure à peu près 25 heures et qu'il y aurait probablement plus de gens qui l'auraient suivie si elle était gratuite, si je ne me trompe pas. Je ne veux pas déformer vos propos, mais ça ressemblait à ça. Donc, vous suggérez que la formation devienne gratuite pour le pharmacien?

M. Thiffault (Jean) : Bien, en fait, minimalement, un des aspects, c'est sûr que c'est des coûts importants pour le pharmacien propriétaire, le pharmacien salarié, de se former...

M. Fortin : ...environ?

M. Thiffault (Jean) : C'était 900 \$ de coûts de formation, plus le temps, là. Je veux dire, si le pharmacien propriétaire paie le salaire de son pharmacien, là, on monte à 2 500 \$ par pharmacien, donc c'est des coûts importants.

M. Fortin : Vous voulez dire en remplacement du pharmacien qui est en...

M. Thiffault (Jean) : Parce que, c'est ça, il est en formation, c'est ça.

M. Fortin : Oui, O.K., donc le coût de la formation plus le coût du salaire du pharmacien qui est en formation, ça représente environ 2 000 \$.

M. Thiffault (Jean) : Effectivement, c'est ça, 2 000 \$.

M. Fortin : Donc, c'est ce que vous demandez?

M. Thiffault (Jean) : Non, mais, écoutez, c'est des choses qui vont être discutées, là, à la table, mais il faut donner un coup de main à la formation, un, pour s'assurer qu'il y en ait plus, la rendre disponible, et de minimiser les barrières, dont la barrière financière.

M. Fortin : Est-ce que vous demandez à ce que ce soit rétroactif? Bien là, si vous me dites qu'il y en a 1 000 qui sont déjà formés...

M. Bourcier (Jean) : On n'y a pas pensé. C'est une bonne idée.

M. Fortin : Je vous le demande. Je ne sais pas, je vous demande la question.

M. Bourcier (Jean) : Non, plus sérieusement, mais je... Non, non, ça ne fait pas partie de ce qu'on a demandé. Juste, aussi, pour...

M. Thiffault (Jean) : Mais c'est quelque chose qu'on discuterait en négoc, là, par exemple. C'est ça, on ne ferait pas ça sur la place publique, là, par exemple.

M. Bourcier (Jean) : Non, non, plus sérieusement, je veux juste vous souligner que, sur les 25 heures, il y a quatre formations, ce n'est pas juste une formation. Ce qu'on demande, nous, c'est que la formation sur le PIQ, sur le programme d'immunisation du Québec, soit offerte gratuitement aux pharmaciens. Les autres, les trois autres formations, on ne demande pas que ça soit offert gratuitement aux pharmaciens.

M. Fortin : À votre troisième condition, condition de succès, disons, du projet de loi, vous demandez de revoir le modèle de rémunération. Alors, quand vous me dites : C'est des choses qu'on discute en négociation, là, c'est des choses que vous êtes en train de négocier en ce moment?

M. Thiffault (Jean) : Cette négociation-là sur la modernisation du modèle de rémunération, ça fait trois, quatre ans qu'elle est commencée, et ce qu'on a proposé, comme syndicat, c'est de prendre l'enveloppe, là, puis de la brasser, puis de dire où sont les services à valeur ajoutée, comment on paie plus certains services pour le patient, moins certains services qui sont moins directement liés au patient, et pour moderniser, comme je vous dis, il faut qu'il y ait une meilleure concordance entre le travail du pharmacien et la réalité, là. Les patients s'attendent à des services, et là on est payés pour vendre des médicaments. Donc, ça ne rentre plus, là, on essaie de faire rentrer un carré dans un cercle. On a atteint la limite de ce modèle-là, là.

M. Fortin : Mais, quand vous dites : On veut brasser un peu ce qu'il y a dans l'enveloppe, là, bien, vous ne parlez pas d'une plus grosse enveloppe, vous parlez de prendre la même enveloppe puis de la brasser un peu?

M. Thiffault (Jean) : Ce qui est de la nouvelle enveloppe, c'est des nouveaux services. Ce qui demande du nouveau temps, de faire... la vaccination... le pharmacien qui vaccine, il ne travaille pas dans son laboratoire. Donc, on s'entend que tout ce qui est nouvelle activité, c'est des honoraires neufs, c'est ça. Donc, nous, on dit : Ce qu'on peut faire avec ce qu'on a en ce moment, comment on peut rajouter des activités qui vont générer des services au patient mais des économies pour l'État, puis toujours en mettant le bon acte au bon moment pour le bon patient.

M. Fortin : Mais, si je prends juste... puis je comprends ce que vous me dites, là, il y a d'autres choses qu'on épargne ailleurs dans le système, etc., mais, si je regarde l'enveloppe pour la rémunération des pharmaciens, elle grossirait, parce qu'il y a des nouveaux services qui sont offerts.

M. Thiffault (Jean) : Oui, mais ce qui générerait des économies ailleurs dans le système de santé, mais, oui... Bien, je veux dire, si on a... C'est comme ça en médecine, c'est comme ça dans n'importe quel... si on fait plus de services, ça coûte plus cher.

M. Fortin : L'avez-vous estimée, cette... et je comprends, là, j'entends bien, là, l'épargne ailleurs et je suis d'accord avec vous, mais l'avez-vous estimée, cette enveloppe supplémentaire là de rémunération pour les pharmaciens?

M. Bourcier (Jean) : Bien, vous me permettez... Actuellement, on est en négociation, donc...

M. Fortin : Oui, je veux bien, mais c'est vous qui l'avez mis dans vos recommandations.

M. Bourcier (Jean) : Oui, absolument. La réponse, c'est : Oui, on l'a estimé. On est actuellement en négociation avec le gouvernement pour déterminer quelles seront les nouvelles activités cliniques qui vont atterrir et comment ces activités cliniques là seront rémunérées. J'ai M. Bélanger, qui est ici dans la salle, avec qui on négocie. Point étant, point étant, oui, on est capables de l'estimer, mais c'est difficile pour nous, je vous dirais, actuellement, de vous dévoiler les enjeux de négociation.

M. Fortin : Vous êtes optimistes?

M. Thiffault (Jean) : On ne parle pas de sommes faramineuses, par exemple.

M. Bourcier (Jean) : On ne vous parle pas de 100 millions de dollars, là, ici.

M. Thiffault (Jean) : Non, non, c'est ça, on s'entend.

M. Fortin : Non, non, O.K., mais il y a une ouverture de la part de M. Ranger et de Mme McCann... de Mme la ministre.

M. Bourcier (Jean) : Il y a une ouverture, absolument, de la part du ministère de la Santé et du gouvernement, absolument.

M. Fortin : Très bien. Vous nous le direz, si jamais ça change. La première condition que vous avez ici, là, abolir la franchise, on l'a entendu plus tôt aujourd'hui, là. Ça, avez-vous une idée combien ça coûte?

M. Bourcier (Jean) : Oui.

M. Fortin : C'est quoi?

M. Bourcier (Jean) : Actuellement, avec les paramètres actuels, tant au public qu'au privé, là — je vais aller sur le public, là — on parle de 1,7 million de dollars.

M. Fortin : 1,7 million pour abolir la franchise, pour que tous les gens qui se présentent en pharmacie, là, pour demander une prescription, ou un renouvellement, ou etc., ne paient rien.

M. Bourcier (Jean) : Si vous ajoutez la franchise, coassurance déboursées par les patients au privé, on parle de 3 millions pour les activités cliniques seulement, O.K.?

M. Fortin : O.K. Donc, si je prends tout ce que le patient pourrait déboursé en pharmacie, là, pour que ce soit toujours zéro pour le patient, là...

M. Bourcier (Jean) : 3 millions.

M. Thiffault (Jean) : Mais là on exclut complètement les médicaments, là, on s'entend.

M. Fortin : Oui, oui, oui, on s'entend, on parle de...

M. Bourcier (Jean) : Activités cliniques.

M. Fortin : ...activités cliniques, pour que ce soit le même prix quand il va voir un pharmacien que quand il va voir un médecin, pour enlever le P4, P5, là, qui... ou la personne qui se présente en pharmacie, qui se fait dire : Bien, si tu

veux faire ça et que ce soit gratuit, il faut que tu retournes voir ton médecin, là, la situation qu'on a décrite plus tôt aujourd'hui, là, pour que, eux, ce soit gratuit, c'est 1,7 million.

M. Bourcier (Jean) : Si on avait pris les services performés par les pharmaciens au cours des 12 derniers mois et que ces services-là auraient été faits sans franchise et coassurance, ça aurait coûté 3 millions pour l'ensemble des patients québécois, qu'ils soient couverts sous un régime public ou privé.

M. Fortin : Ça me semble bien peu pour éviter des visites additionnelles au médecin. Enfin, je laisse mon collègue terminer, s'il me reste du temps, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : 1 min 30 s.

M. Ciccone : 1 min 30 s, M. le Président? Ah! je vais faire vite.

M. Fortin : C'est comme si vous étiez au PQ, ça.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Ciccone : Oui. Je voulais vous parler un peu des embauches, puis, justement, de la pénurie d'assistantes techniques, puis des installations qui étaient difficiles, puis ça prendrait quand même des investissements majeurs du gouvernement, justement, pour être capables d'être optimaux dans vos nouveaux pouvoirs, mais ça, je vais le laisser de côté, parce que je n'ai pas beaucoup de temps.

Vous avez dit quelque chose au niveau de l'acte, l'acte de faire le vaccin. On sait que, maintenant, c'est des infirmières qui le font. Vous avez dit que les infirmières étaient plus expérimentées. Je ne sais pas si vous en avez déjà parlé avec le ministère, justement, de la Santé et la ministre de la Santé, mais est-ce que je comprends que, justement, l'acte de faire un vaccin de la part d'un pharmacien va coûter moins cher que l'infirmière?

M. Thiffault (Jean) : Pas l'infirmière en pharmacie, l'infirmière dans le réseau de la santé. Il y a des coûts, là, le CLSC ne se paie pas tout seul, hein, l'hôpital, il ne se paie pas tout seul. Si on regarde le coût complet de la vaccination ailleurs dans le réseau de la santé, c'est des coûts qui sont nettement plus importants que ce qu'on va négocier en pharmacie communautaire.

M. Ciccone : Moi, je parle de l'acte du pharmacien, parce que c'est quand même nouveau, là, de faire un vaccin, là. Est-ce qu'on a déterminé le prix que ça coûterait pour, justement... parce que vous ne travaillez pas... vous n'êtes pas bénévoles, là vous n'êtes pas bénévoles.

M. Thiffault (Jean) : Non, non, non, comme... Il y a une responsabilité professionnelle, il y a un acte, donc c'est sûr que... C'est en négociation, présentement, et les honoraires de l'infirmière et du pharmacien sont en discussion, présentement.

M. Ciccone : O.K., O.K. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, on est maintenant rendus au deuxième groupe d'opposition. Je cède la parole au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci. Merci pour votre présence. C'est ça, bon, je comprends que, pour la question des calculs de coûts, de ce qu'on va économiser, il y a, disons, des objectifs stratégiques qui font que vous ne pouvez pas nous dévoiler tous vos chiffres. C'est ce que j'aurais trouvé intéressant, même si j'ai un préjugé favorable envers, là, la justesse de votre conclusion, là, c'est-à-dire que l'État sauverait de l'argent puis que les patients sauveraient de l'argent. Est-ce que vous pouvez nous expliquer... Quand vous dites, là, que la vaccination va coûter moins cher en pharmacie pour l'État, du point de vue de l'État, là, pouvez-vous nous expliquer comment?

• (15 h 50) •

M. Thiffault (Jean) : Bien, en fait, les seules données qu'on a réussi à trouver, c'est des données de 2006, hein — il y en a peut-être d'autres, là, mais, à ma connaissance, elles ne sont pas disponibles assez facilement, là, avec une recherche sur Internet — et les sommes qui étaient présentées dans ce document-là, qui vient de l'INSPQ, qui ne vient pas de nous, avançaient des sommes qui étaient beaucoup plus grandes que celles qui sont en négociation présentement. Elles varient selon que ce soit en cabinet, en CLSC, et tout ça, là, mais au final, logiquement... Puis, comme je vous dis, on ne peut pas vraiment discuter des montants, mais c'est le seul document de référence qu'on a trouvé. Évidemment, ces montants-là doivent être réajustés avec les coûts d'aujourd'hui, donc ce qui rendrait l'écart encore plus grand. C'est le seul comparatif qu'on a trouvé. À ma connaissance, il n'y en a pas d'autres sur le marché, mais j'imagine que le gouvernement fait déjà ces analyses-là, le Conseil du trésor ou la Santé publique, là. Donc, ça, je n'ai pas plus d'information que ça sur le...

M. Zanetti : Est-ce que, du point de vue de la modification de la rémunération qu'il faut faire, ce que vous envisagez, essentiellement, c'est majorer à la hausse des rémunérations à l'acte ou est-ce que c'est une modification plus profonde que ça que vous voulez?

M. Thiffault (Jean) : On essaie de bonifier la prise en charge de médicaments, donc moins sur la vente de médicaments, plus sur les services au patient, là. Donc, ce n'est pas... ça peut être des surveillances mensuelles, ça peut être des surveillances annuelles aussi. Donc, il y a différents types, là, de prise en charge. L'important, c'est de répondre aux besoins du patient et sauver des coûts dans le système.

M. Bourcier (Jean) : Je vous dirais qu'on essaie de prendre... le nouveau modèle de rémunération veut prendre en considération la complexité du traitement du patient. Donc, un médicament non complexe nécessite moins d'efforts de la part du pharmacien, une surveillance différente, donc devrait être rémunéré différemment d'un médicament excessivement complexe qui demande une prise en charge différente du patient et un suivi, une surveillance du patient plus complexe, donc, au lieu d'avoir un honoraire moyen, d'avoir un honoraire qui se module selon l'effort du pharmacien et la complexité du traitement qui est offert ou qui est donné au patient et la surveillance qui en découle.

Le Président (M. Provençal) : Merci. La parole est au troisième groupe d'opposition. Je cède la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Bonjour, merci d'être là. J'avais une question sur le dossier qui touche la franchise, la coassurance, mais je pense que vous avez bien répondu. Effectivement, je cherchais à avoir les montants. Le montant semble assez marginal, si on veut favoriser, là, un changement de comportement et une participation plus grande des patients.

Je vais donc aborder la question de la vaccination. Par exemple, est-ce que j'ai bien compris, vous sembliez dire que vous ne cherchez pas nécessairement à élargir le nombre d'actes ou le secteur dans lequel vous êtes déjà reconnus comme des professionnels? Et est-ce que ça a un lien avec la vaccination?

M. Thiffault (Jean) : Je pense que ce qu'on voulait dire, c'est qu'on ne veut pas déborder de notre expertise, de nos balises professionnelles. Je veux dire, le pharmacien ne fera jamais de diagnostics, et ça, je pense qu'on l'a démontré, historiquement, avec la loi n° 41, dans les faits. Mais au contraire, pour la vaccination, on veut maximiser le nombre de patients qui se fait vacciner. Et, comme je vous dis, on a la chance, en pharmacie, d'avoir les patients qui sont le plus prioritaires pour le MSSS au niveau de la vaccination. Donc, au contraire, on veut maximiser, là, l'efficacité.

M. Arseneau : Parce que la vaccination ne fait pas partie de l'expertise, si vous devez aller chercher de la formation, mais vous êtes prêts à aller la chercher, c'est ce qu'il faut comprendre.

M. Thiffault (Jean) : Ça fait partie de l'expertise de la pharmacie, historiquement, partout en Amérique du Nord.

M. Arseneau : O.K. Et cette formation-là, là... vous parlez des quatre formations, il y en aurait une qui serait payée par l'État, selon ce que vous souhaitez. Est-ce qu'on peut penser que ça pourrait se faire sur une période quand même relativement courte? Parce que j'imagine que c'est d'abord sur une base volontaire, que les pharmaciens doivent y aller. Est-ce que vous envisagez que, sur une période de quelques années, quelques...

M. Thiffault (Jean) : Avant que tout le monde soit formé, ça va prendre quelques années, ne serait-ce que la disponibilité des plages, aussi. Puis, comme je vous ai dit, d'ici la période de vaccination, ça va être difficile d'en faire beaucoup plus que ce qui est disponible, et je pense que toutes les plages sont déjà prises, là. Donc, encore une fois, pour démontrer l'engouement, là, des pharmaciens pour...

M. Bourcier (Jean) : Mais, peut-être juste pour compléter, les étudiants en pharmacie vont être formés, eux, à faire de la vaccination, déjà. Donc, déjà, les cohortes qui vont sortir des universités n'auront pas besoin d'être formées.

M. Thiffault (Jean) : Dans quelques années, ça va être caduc. On n'aura pas besoin de former les pharmaciens.

M. Arseneau : Ma dernière question, parce que j'ai peu de temps, le fait que vous souhaitez qu'une partie de la formation soit payée, est-ce qu'il y a des précédents? Parce que, lorsqu'on va, habituellement, pour une formation, c'est pour améliorer son revenu. Le revenu sera aussi associé à la vaccination. Donc, pourquoi est-ce qu'on réclame de faire payer ça par l'État, alors que j'imagine que les autres formations, habituellement, sont payées par le pharmacien qui veut améliorer sa compétence?

M. Thiffault (Jean) : En fait, les formations sont pour améliorer l'expertise, pas le revenu. Donc, dans ce cas-ci, c'est pour implanter un nouveau service. Mais il y a sûrement des précédents, il faudrait y revenir, effectivement.

M. Arseneau : ...éventuellement, selon le brassage que vous voulez faire, non?

M. Thiffault (Jean) : Oui, mais il sera offert aussi, donc ce n'est pas des... on n'augmente pas les revenus, on augmente l'acte qui est rémunéré. Je ne sais pas si vous comprenez.

M. Arseneau : Ah oui, d'accord. O.K., d'accord. Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Merci aux représentants de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires pour leur contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre au prochain groupe de prendre place. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 15 h 55)

(Reprise à 15 h 57)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé. À vous la parole.

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

Mme Duhaime (Lyne) : M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. membres de la commission, mon nom est Lyne Duhaime, je suis présidente de l'association canadienne des assureurs de personnes pour le Québec. Je suis accompagnée par M. François Cholette, directeur principal aux affaires juridiques, gestion de patrimoine et assurance de personnes chez Desjardins, ainsi que M. Michel Paquet, vice-président adjoint chez Manuvie.

Merci de nous donner l'occasion de partager les commentaires de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 31.

Mon association, qu'on appelle l'ACCAP, célèbre, en 2019, son 125^e anniversaire et est une association qui regroupe la totalité des compagnies d'assurances de personnes qui font affaire au Canada. Les assureurs de personnes accompagnent les familles québécoises à différentes étapes de leur vie. Que ce soit lors d'événements heureux ou malheureux, notre industrie fournit une vaste gamme de produits essentiels à la santé physique, mentale et financière de 7,4 millions de Québécois. Nous travaillons de concert avec les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles pour offrir aux travailleurs québécois une protection maladie complémentaire couvrant une large gamme de médicaments sur ordonnance, de services paramédicaux, comme les traitements d'un psychologue, d'un physiothérapeute ou d'un chiropraticien, de même que les examens de la vue et les soins dentaires. Les assureurs de personnes ont versé près de 2,7 milliards de dollars en 2018 aux Québécois sous forme de remboursement de médicaments d'ordonnance seulement par le biais des régimes d'assurance collective et d'avantages sociaux, ce montant excluant les franchises et coassurances qui sont payées par le patient.

D'entrée de jeu, nous tenons à saluer la volonté du gouvernement de rendre certains services de santé plus accessibles et rapides aux Québécois. L'accessibilité aux soins est l'un des grands défis de notre système de santé, et nous appuierons toute mesure visant à améliorer le bien-être des Québécois. À ce titre, le gouvernement peut compter sur la collaboration des assureurs de personnes. Nous devons cependant faire preuve de prudence. Ce projet de loi pourrait avoir des impacts sur les régimes d'avantages sociaux et d'assurance collective et sur la pérennité du régime d'assurance médicaments du Québec.

• (16 heures) •

M. Cholette (François) : En effet, nous considérons que le gouvernement doit porter une attention particulière à certains éléments afin de ne pas exercer une pression accrue sur le régime général d'assurance médicaments, plus particulièrement relativement au paiement des services étendus des pharmaciens. Bien que le projet de loi n° 31 n'aborde pas la question de la rémunération pour les nouveaux services des pharmaciens, nous estimons qu'il est important que le gouvernement étudie attentivement cette question. Nous sommes favorables à ce que les pharmaciens, tout comme d'autres professionnels de la santé, puissent jouer un rôle accru dans le système de santé. Par contre, il sera crucial que ces nouveaux services ne soient pas inclus dans le régime général d'assurance médicaments, ce qui obligerait alors les régimes d'assurance collective à les couvrir, et qu'ils ne soient pas assujettis aux paramètres du régime général d'assurance médicaments. L'ajout de nouveaux actes obligatoires dans le régime général d'assurance médicaments aurait un effet à la hausse sur les coûts des programmes d'assurance collective des employeurs et des syndicats, ce qui mettrait en péril leur pérennité de même que la pérennité du régime général d'assurance médicaments.

Or, notre régime général d'assurance médicaments est très important. Rappelons que, depuis l'avènement du régime général d'assurance médicaments en 1997, la population du Québec bénéficie d'un meilleur accès aux médicaments. Notre modèle garantit que tous les résidents du Québec sont couverts par une assurance médicaments, qu'elle soit offerte par le volet public ou par le volet privé du régime d'assurance médicaments. À ce titre, les assureurs de personnes jouent un rôle de partenaires avec le gouvernement dans la gestion du régime général d'assurance médicaments. En effet, les Québécois couverts par le volet privé bénéficient d'un accès rapide à plus de 12 000 médicaments d'ordonnance. Pour sa part, le régime public couvre également un grand nombre de médicaments, soit environ 8 000. C'est au Québec que l'on retrouve le régime public le plus complet au pays.

Cependant, les payeurs privés, soit les employeurs et les travailleurs, partagent avec le gouvernement une facture qui est passée de près de 3 milliards de dollars au début de la mise en œuvre du régime général d'assurance médicaments à plus de 6 milliards de dollars aujourd'hui. Depuis plusieurs années d'ailleurs, l'ACCAP sensibilise le gouvernement aux enjeux entourant le coût des médicaments. Ajoutons qu'au cours des dernières années un écart de plus en plus grand s'est creusé entre le coût du médicament payé par les assurés du volet privé et ceux du volet public. Il est important de noter que

le coût du médicament n'englobe pas uniquement le prix de la molécule, celui-ci inclut également les honoraires des pharmaciens et les frais de distribution. Ce surcoût, estimé en 2017 à 400 millions de dollars par année, est assumé principalement par les employeurs québécois et leurs employés. Cette situation engendre des coûts supplémentaires pour les employeurs et les travailleurs du Québec, qui absorbent ces hausses à travers les primes d'assurance collective ou encore directement, dans le cas des régimes autoassurés.

Le régime général d'assurance médicaments du Québec doit faire la fierté des Québécois et des Québécoises. Il est cependant important de ne pas accentuer la pression financière sur les payeurs privés, soit les employeurs et les travailleurs du Québec, afin d'en assurer la pérennité. On peut s'attendre à ce que des enjeux entourant le coût des médicaments perdurent dans le futur, mais il est important de ne pas surcharger le régime d'assurance médicaments en y ajoutant des services additionnels obligatoires pour les régimes privés. De toute façon, comme la plupart de ces services étaient jusqu'à maintenant offerts par d'autres professionnels de la santé comme les médecins et les infirmières, il est tout à fait logique que les coûts soient absorbés par le régime d'assurance maladie du Québec et non par les régimes d'assurance collective.

M. Paquet (Michel) : Nous tenons aussi à profiter de l'occasion qui nous est donnée pour réitérer l'importance de mettre en oeuvre des mesures visant à contrôler le coût des médicaments. Parmi les solutions identifiées par l'ACCAP, nous proposons notamment une meilleure coordination des efforts entre les assureurs privés et le gouvernement afin de bénéficier d'un meilleur pouvoir d'achat sur les négociations du prix du médicament. C'est pour cette raison que nous aimerions que les assureurs privés aient la possibilité de travailler avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique afin d'obtenir les meilleurs prix possible pour tous les Québécois.

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique vise à créer un front commun avec les autres provinces et le gouvernement fédéral en vue de négocier conjointement le prix le plus bas pour les médicaments brevetés et les médicaments génériques. Pour les médicaments génériques, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique a recours à une formule qui réduit le prix de manière égale pour tous les Québécois et les Canadiens. Par contre, dans le cas des médicaments brevetés, l'alliance négocie des réductions de coûts qui bénéficient seulement à la population couverte par le régime public. Nous souhaitons que les prix des médicaments d'origine négociés par le gouvernement puissent également bénéficier aux payeurs privés.

Pour résumer, et en conclusion, toute nouvelle activité accordée aux professionnels de la santé ne doit pas exercer de pressions financières supplémentaires sur les régimes d'assurance collective et d'avantages sociaux des employeurs, et des syndicats, et des travailleurs. C'est pour cette raison que nous considérons que ces nouveaux actes ne doivent pas être inclus dans le régime obligatoire du régime général d'assurance médicaments. Ensuite, le gouvernement et l'industrie de l'assurance de personnes doivent continuer à travailler de concert afin de contenir le coût des médicaments. C'est à travers la collaboration des volets public et privé que la pérennité du régime d'assurance médicaments du Québec sera assurée et permettra à l'ensemble des Québécois d'avoir accès à des médicaments et des services abordables et de qualité. Ces éléments sont primordiaux afin que le Québec reste un chef de file en la matière. Nous vous remercions de nous permettre de contribuer à cette réflexion aujourd'hui et sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre exposé. Mme la ministre, je vous cède la parole pour le début des échanges.

Mme McCann : Oui, merci, M. le Président. Merci, Mme Duhaime, M. Cholette et M. Paquet, pour votre présentation. J'aurais quelques questions d'éclaircissement, là, à vous poser, étant donné le rôle que vous jouez, quand même important, hein, pour la couverture des médicaments pour une bonne partie de la population du Québec, hein, les travailleurs. Moi, j'aimerais vous demander, d'abord : Est-ce que vous avez évalué, par exemple, les coûts des activités de la loi n° 41 pour vos clients? Est-ce que vous avez cette donnée?

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, le ministère de la Santé, en 2017, lorsqu'ils ont évalué l'écart public-privé, avait aussi procédé à l'évaluation de l'impact des services additionnels. À ce moment-là, l'impact n'avait pas été majeur, lorsque ces actes avaient été inclus dans la Loi sur l'assurance médicaments. Alors, il n'y a pas eu d'étude qui a été faite plus récemment. Par contre, les actes qui étaient faits à ce moment-là étaient relativement limités.

Notre inquiétude, présentement, c'est qu'on ouvre la porte, et qu'on ne soit pas prudents, et qu'on ajoute des actes professionnels à l'intérieur du régime d'assurance médicaments, alors qu'on sait que ce qu'on entend des clients, c'est-à-dire les assureurs, donc les syndicats, les associations professionnelles et les employeurs, qu'ils sont... alors, ils ont atteint leur limite. Donc, on doit trouver des mesures de contrôle des coûts en matière d'assurance collective, et environ 40 % d'une prime d'assurance collective va au paiement de l'assurance médicaments. Donc, sans contrôle de ce qui est versé pour l'assurance médicaments, eh bien, on ne pourra pas contrôler le coût de l'assurance collective. Donc, le danger, il est d'ajouter des actes et d'arriver à un point de rupture où les syndicats, les employeurs ou les associations professionnelles vont choisir de ne plus offrir ces régimes aux Québécois.

Mme McCann : Merci. Si je le prends d'un autre angle, je pense que vous voyez ce qu'on cherche à faire, hein, on cherche à augmenter l'offre de services, à améliorer l'offre de services, l'accessibilité des services pour la population, pour les travailleurs aussi, la rapidité, la rapidité aussi. Est-ce que vous pensez que, dans le cadre du projet de loi n° 31, qui... l'hypothèse, un meilleur accès aux soins, ça ne pourrait pas, justement, aider, en termes des coûts, à diminuer l'absentéisme des employés?

• (16 h 10) •

Mme Duhaime (Lyne) : On est tout à fait d'accord à ce que les travailleurs aient un meilleur accès aux soins, que ce soit par le biais de services additionnels qui peuvent être fournis par les pharmaciens. Notre problème, c'est à

savoir qui va payer pour ces services professionnels. En fait, on est tout à fait d'accord avec l'objectif du projet de loi n° 31. Ce qu'on dit, c'est que les travailleurs du Québec et leurs employeurs paient pour les services des pharmaciens et pour le médicament lui-même à travers leurs primes d'assurance collective ou même, comme on le disait, à l'occasion, directement, parce que ces régimes sont autoassurés. Et ce qu'on entend, c'est qu'on atteint le point de rupture. On a vu beaucoup d'associations professionnelles cesser d'offrir l'assurance collective à leurs membres en raison des primes qui sont trop élevées. Et donc, en fait, c'est un peu contre-intuitif, l'intérêt de l'assureur devrait être d'ajouter le plus de produits ou de services dans son offre, dans son panier, puisqu'en matière d'assurance collective c'est un produit un peu particulier où, finalement, l'assureur facture un frais qui s'apparente à un frais d'administration. Donc, plus ça coûte cher, plus c'est payant. Donc, techniquement, on devrait être d'accord, en principe, pour ajouter des services additionnels, parce que ça va augmenter la facture, et les assureurs vont pouvoir facturer des frais d'administration plus élevés. Le problème, c'est la pérennité. C'est une solution à court terme. À long terme, on va atteindre un point de rupture.

Et ça, c'est un message clair, c'est un mandat clair que les employeurs, les syndicats donnent à leurs assureurs : Vous devez nous aider à contrôler les coûts des régimes d'assurance collective. Le médicament est une partie. Il y a les autres services, dont l'assurance invalidité. Mais, sans un bon contrôle du coût des médicaments ou de ce que nous payons en vertu du régime d'assurance médicaments, on ne pourra jamais contrôler le coût des primes d'assurance collective ou ce qui est payé dans un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Mme McCann : Et, juste pour bien vous comprendre, dans votre équation, par exemple, le fait de diminuer le taux d'absentéisme, la durée d'absentéisme d'un employé, est-ce que vous le mettez dans l'équation? Est-ce que ça fait partie de l'équation?

Mme Duhaime (Lyne) : Oui, tout à fait, on tient compte de ces éléments-là. Mais ce que nous voulons, c'est que... ou pas nous, en fait, ce sont les employeurs, dois-je faire attention parce que je parle au nom des assureurs, mais ce que ceux-ci nous disent : Bien sûr qu'on veut améliorer le taux d'absentéisme, mais on ne veut pas augmenter pour autant les primes d'assurance collective. Et quel va être réellement le gain? Bon, premièrement, il est difficile à chiffrer, là. Quel est le gain que vont faire les employeurs parce que leurs employés vont avoir accès plus facilement à un pharmacien? Bon, on ne l'a pas mesuré, puis je pense qu'il est difficile à mesurer. En fait, tout le monde accueille favorablement l'objectif. Par contre, c'étaient, par le passé, des gestes ou des actes professionnels qui étaient rémunérés à travers le régime d'assurance maladie, et notre position est que ça devrait continuer à être rémunéré de la même façon et qu'on ne devrait pas les inclure dans le régime d'assurance médicaments et forcer... en fait, créer une hausse des primes d'assurance collective.

Mme McCann : D'accord. Merci. Je vais donner la parole, M. le Président, à mon collègue.

Le Président (M. Provençal) : Alors, M. le député de Chapleau.

M. Lévesque (Chapleau) : Bien, oui, merci beaucoup, M. le Président. Merci de votre présentation. Merci d'être ici avec nous aujourd'hui. Bonjour, chers collègues.

Vous parlez, dans votre mémoire, à la page 4, de la possibilité, dans le fond, de travailler avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Je vais peut-être citer un petit passage, là, donc : «C'est pour cette raison que nous aimerions avoir la possibilité de travailler avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique afin d'obtenir les meilleurs prix possible pour tous les Québécois. Cette alliance vise à créer un front commun avec les autres provinces et le gouvernement fédéral en vue de négocier conjointement des prix plus bas pour les médicaments brevetés et les médicaments génériques.» Donc, j'aimerais savoir comment vous envisagez cela, cette alliance-là ou ce partenariat-là. Comment vous le voyez?

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, ce qu'on dit, c'est que l'Alliance pancanadienne existe déjà, et les gouvernements négocient ensemble des prix avec l'industrie pharmaceutique. Et, au Québec et au Canada, les payeurs privés devraient bénéficier des prix qui sont négociés par les gouvernements. Et en fait le Canada n'étant pas un pays très peuplé, le pouvoir d'achat serait beaucoup amélioré dans les négociations avec l'industrie pharmaceutique si on pouvait se mettre ensemble pour négocier le même prix pour tous.

M. Lévesque (Chapleau) : Et est-ce que vous seriez d'accord pour dire que l'adoption, dans le fond, du projet de loi n° 31, ce serait bénéfique pour cette alliance-là, ce partenariat-là, ces négociations possibles? Et, si oui, lesquels?

Mme Duhaime (Lyne) : Oui, en fait, la question de l'Alliance pancanadienne, c'est simplement une mesure que nous favorisons pour mieux contrôler le coût du médicament. Encore une fois, notre préoccupation, c'est de contenir les coûts dans les régimes d'assurance collective. Dans un régime d'assurance collective, il y a différentes composantes : une composante médicaments, services professionnels des pharmaciens. Aujourd'hui, on est en train de discuter des services professionnels des pharmaciens, mais il y a évidemment le coût de la molécule dont on doit se préoccuper. Et une des solutions, selon nous, serait que les payeurs privés puissent joindre l'Alliance pancanadienne afin de bénéficier des ententes qui sont négociées.

M. Lévesque (Chapleau) : O.K. Juste pour mon bénéfice, peut-être le bénéfice d'autres collègues, le coût de la molécule, juste peut-être une petite...

Mme Duhaime (Lyne) : Ça, c'est le médicament, c'est le médicament. Quand vous allez à la pharmacie, il y a trois composantes dans le prix du médicament : il y a la molécule, le médicament lui-même, l'honoraire du pharmacien et les coûts de distribution.

M. Lévesque (Chapleau) : Peut-être une petite question plus générale, dans le fond : Comment la prescription de médicaments, donc, en vente libre va permettre de faire un meilleur usage des ressources humaines dont on dispose, là, actuellement, les ressources humaines, donc les pharmaciens, également les infirmières, ainsi de suite, là, pour vous, oui?

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, d'abord, le projet de loi n° 31 va favoriser un meilleur usage. En fait, nous, ce qu'on dit, c'est : On est tout à fait ouverts à ce que d'autres... que le pharmacien joue un rôle plus accru, comme les infirmières jouent un rôle plus important, pour les raisons... en fait, Mme la ministre en parlait, que ce soit... bien, en premier lieu, la santé des Québécois, mais l'accès à des services de santé, puis évidemment ce qui va avoir un effet favorable en milieu de travail, peut-être, en réduisant l'absentéisme. Donc, nous, on est favorables à toutes ces mesures. Ce qu'on dit, c'est qu'il faut faire attention d'où vient l'argent. Et, nous, ce qu'on entend, c'est qu'on ne peut pas en mettre beaucoup plus dans les régimes d'assurance collective.

M. Lévesque (Chapleau) : Dernière question, là. Donc, on voit, dans le projet de loi n° 31, qu'il va permettre, dans le fond, aux pharmaciens d'administrer certains médicaments, là, en cas d'urgence, là, je vais le lire, là, l'épinéphrine et la diphénhydramine, donc...

Mme Duhaime (Lyne) : Je pense que c'est pour les allergies, mais je ne suis pas très bonne là-dedans, là.

M. Lévesque (Chapleau) : Oui, peut-être, vous le savez peut-être mieux que moi. Au-delà de ces médicaments-là, est-ce que vous suggèreriez peut-être quelques ajouts, d'autres médicaments qui pourraient être pertinents, là, à ajouter pour que les pharmaciens puissent le faire, là, en cas d'urgence?

Mme Duhaime (Lyne) : Non, je ne pense pas. On n'a pas de position sur cette question-là, non.

M. Lévesque (Chapleau) : Ni le fait que ça pourrait être couvert, ou quoi que ce soit, par...

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, en fait, que ce soit couvert, là... On couvre déjà... Je crois que ce sont des médicaments qui sont déjà couverts dans la liste. Parce que, vous savez, le régime général prévoit 8 000 médicaments, environ, qui sont obligatoirement couverts par tous les régimes, alors... et il y a tout un processus pour que les médicaments soient ajoutés à cette liste obligatoire, là, qui suit le processus, qui passe par l'INESSS, et tout ça. Donc, on n'a pas de suggestion à faire pour l'ajout de médicaments, à ce stade-ci, là.

M. Lévesque (Chapleau) : D'accord. Pour moi, ça irait. Peut-être qu'un autre collègue aimerait poser une autre question?

Le Président (M. Provençal) : Oui, oui, il reste encore six minutes. Oui, Mme la députée de Soulanges.

Mme Picard : Bien, moi, j'aimerais savoir un petit peu plus c'est quoi, la structure, là, pour bien comprendre. Il y a les médicaments payés par la RAMQ, il y a les médicaments payés par l'assurance. En fait, j'aimerais que vous m'expliquiez comment tout ça se... au quotidien, là, comment ça se passe dans une pharmacie, là.

Mme Duhaime (Lyne) : O.K. Dans une pharmacie, je pense qu'il faudrait demander à mes prédécesseurs, ici, qui ont plus d'expérience en pharmacie que moi, mais en fait... Je vais essayer de répondre à votre question, puis, si je ne pars pas dans la bonne direction, vous me le direz, mais on a le régime d'assurance médicaments, qui, depuis 1997, prévoit que tous les Québécois doivent être assurés au privé et, s'ils ne sont pas assurés au privé, doivent être assurés au public, dans le volet public du même régime, qui s'appelle le régime général d'assurance médicaments.

Alors, un employeur qui offre un régime d'assurance collective au Québec doit obligatoirement offrir l'assurance médicaments, et cette assurance médicaments doit obligatoirement couvrir les 8 000 médicaments ou, bien, peu importe, les médicaments qui sont sur la liste, et il y en a environ 8 000. Et la couverture d'assurance médicaments doit respecter les paramètres du régime d'assurance médicaments, donc il y a une limite à la coassurance et à la franchise. Donc, la porte d'entrée du régime d'assurance médicaments au Québec, ce sont les régimes privés. À défaut d'avoir accès à un régime privé par son conjoint ou directement au travail, les gens joignent le volet public. Je pense qu'il y a environ 1,7 million de travailleurs qui sont dans le volet public. Ce sont principalement des gens qui travaillent pour la microentreprise ou qui sont travailleurs autonomes.

Donc, un employeur ou un syndicat offre un régime d'assurance collective, et, à ce moment-là, bon, en pharmacie, la personne va avoir la même expérience, là. Donc, le prix de la molécule elle-même — quand je parle de la molécule, c'est le médicament — il est sur la liste, donc ce montant-là, il est fixe. Par contre, la différence se situe au niveau des honoraires des pharmaciens. Le gouvernement négocie, avec les pharmaciens, des honoraires. Donc, ce sont les négociations qui sont en cours, présentement, si je comprends bien, entre l'AQPP et le gouvernement. Par contre, il n'y a pas de telle entente entre les assureurs de personnes et les pharmaciens. Donc, l'écart dont je parlais un peu plus tôt, là, résulte du fait

que les honoraires des pharmaciens pour les régimes privés, là, sont plus élevés que ceux négociés entre le gouvernement et l'AQPP.

M. Cholette (François) : Et j'ajouterais qu'il ne peut pas y avoir d'entente entre les assureurs et puis l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires là-dessus parce qu'on contreviendrait à la loi fédérale sur la concurrence. Alors, on est un peu, là, pieds et mains liés à cet égard-là.

Mme Picard : Mais pouvez-vous m'expliquer, justement, ce lien-là, toute la structure fédérale aussi?
• (16 h 20) •

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, en fait, c'est qu'on peut négocier des ententes... Enfin, nous nous parlons, il y a des choses qu'on peut faire, mais on ne peut pas négocier de prix. Donc, moi, je représente l'industrie de l'assurance, 100 % de l'industrie, l'AQPP représente les pharmaciens propriétaires. Nous ne pouvons nous entendre sur des prix, puisque nous sommes tous les... les deux organisations sont assujetties à la Loi sur la concurrence, qui est la loi fédérale qui s'applique partout au Canada, dans tous les secteurs. Donc, c'est vrai pour les stations d'essence, pour le pain — il y a eu un scandale, là, il y a quelques années — ça s'applique à tout le monde. Donc, moi, je ne peux pas négocier des prix au nom de toute l'assurance avec tous les pharmaciens du Québec, on va aller en prison, donc... il y a des pénalités de millions de dollars et 14 ans de prison. Donc, il n'y a pas d'entente de prix possible entre deux industries, incluant l'industrie entre les assureurs et les pharmaciens.

M. Cholette (François) : À moins que ce soit fixé par la loi, et, à ce moment-là, il n'y a pas d'enjeu.

Mme Picard : Et, les médicaments, la molécule, est-ce qu'elle a le même prix avec les assurances publiques et l'assurance privée ou si des fois il y a des...

Mme Duhaime (Lyne) : Le prix est le même pour le médicament lui-même, oui.

Mme Picard : Le prix est le même pour la molécule. C'est les services qui sont différents.

Mme Duhaime (Lyne) : Oui, exactement.

Mme Picard : O.K. Ça fait le tour.

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Tremblay : Oui, merci, M. le Président. Pour poursuivre, est-ce qu'il y a des démarches, actuellement, d'entreprises? Vous parliez tantôt de l'alliance... ou le partenaire de travail potentiel au niveau pancanadien. Est-ce que des démarches ont été entreprises, de travail? Sinon, qui devrait les initier? Vous attendez quelles perspectives pour évoluer à ce niveau-là?

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, ça fait partie de nos demandes répétées. Mon association, principalement au niveau canadien... mon association a un bureau à Toronto, donc il y a beaucoup de gens qui font des relations gouvernementales fédérales à Ottawa, et donc... Mais, pour pouvoir joindre l'Alliance pancanadienne, nous avons besoin... en fait, les gouvernements qui sont membres de l'alliance doivent y consentir. Donc, la demande que je vous fais, bien, on la fait aussi aux gouvernements provinciaux partout au Canada. Donc, comme ce sont eux qui forment l'alliance, c'est eux qui acceptent ou non les payeurs privés, là, comme faisant partie de cette alliance.

M. Tremblay : Très bien. Est-ce que vous voyez des contraintes, si on considère que c'est déjà davantage évolué dans d'autres provinces, par rapport à la possibilité de prescrire ou de donner des vaccins en réseau pharmaceutique, par rapport au Québec? Est-ce que l'arrimage risque de bien se faire, par rapport à la position actuelle de fonctionnement des autres provinces dans un travail pancanadien, sur des économies de coût de volume?

Le Président (M. Provençal) : Rapidement, s'il vous plaît.

Mme Duhaime (Lyne) : Non, je ne suis pas assez familière avec le fonctionnement hors Québec, là, de la vaccination en pharmacie, pour être honnête.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie. Je reconnais maintenant le député de Marquette, de l'opposition officielle. Je vous cède la parole.

M. Ciccone : Merci, M. le Président. Bonjour à vous trois. Vous avez, d'entrée de jeu, mis en garde la commission et la ministre au danger de ne pas inclure les différents actes des pharmaciens qui sont stipulés dans le projet de loi n° 31 dans la RAMQ. Vous avez dit que ça rendrait le régime privé plus dispendieux et mettrait en question les entreprises d'offrir des assurances collectives aux travailleurs. Advenant le cas, là, que, justement, la ministre, dans un élan de générosité extraordinaire, décide de mettre les services, justement, dans le projet de loi dans la RAMQ, est-ce que, directement, les primes d'assurance descendraient, baisseraient pour le citoyen?

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, là, si les services entraient dans le régime d'assurance maladie et non dans la Loi sur l'assurance médicaments, bien là, je ne pense pas qu'il y aurait de baisse, parce qu'on parle de services additionnels qui ne sont présentement pas offerts en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments. Donc, comme ces actes sont présentement offerts par d'autres ou fournis par d'autres professionnels de la santé, comme les médecins et les infirmières, et payés à travers le régime d'assurance maladie, ça n'aurait pas comme effet de réduire les primes d'assurance collective. Mais par contre de les insérer dans le régime d'assurance médicaments et d'obliger les régimes d'assurance collective ou d'avantages sociaux à les couvrir aurait un effet à la hausse sur ces régimes.

M. Ciccone : Toujours dans le but de faire sauver de l'argent aux citoyens, là, travailleurs surtout, qui ont des régimes collectifs, est-ce qu'il y a quelque chose que le gouvernement pourrait faire, justement, pour en faire bénéficier les citoyens, justement, au niveau des régimes collectifs, avec, justement, ces actes-là dans le projet de loi? Est-ce qu'il y aurait quelque chose que le gouvernement pourrait faire? Parce que moi, je parle toujours en matière d'en faire bénéficier le... parce que, les assurances, on sait que ça coûte quand même assez cher, là. Est-ce qu'il y a quelque chose que le gouvernement pourrait faire, justement, en référence avec le projet de loi n° 31, pour faire baisser les primes d'assurance?

Mme Duhaime (Lyne) : Pour faire baisser les primes d'assurance... En fait, ce que nous, on... Là, on parle du médicament, là, principalement, donc c'est de bien contrôler le coût du médicament et le coût des honoraires professionnels des pharmaciens. Donc, on est dans une situation où c'est des... La facture, l'an passé, était à 2,7 milliards de dollars, plus la franchise et coassurance payées par les patients, donc on parle d'une facture au-delà de 3 milliards de dollars qui est payée à travers les primes d'assurance collective ou encore directement par les employés et les employeurs pour les régimes autoassurés.

Donc, ce qu'on dit, c'est qu'il faut contrôler toute hausse des primes ou, en fait, du coût du médicament, qui vont avoir un effet immédiat sur les primes d'assurance collective, et le lien est direct. On a déjà mesuré l'arrivée d'un médicament, par exemple un médicament... d'un médicament très dispendieux, comme le médicament d'il y a quelques années contre l'hépatite, on peut mesurer l'effet direct sur les primes d'assurance collective. Donc, il y a une corrélation directe, là. Donc, si on ajoute des nouveaux actes, c'est certain que les primes d'assurance collective vont augmenter.

M. Ciccone : Merci.

M. Paquet (Michel) : Et, si vous permettez, si je peux ajouter, en fait, si le gouvernement négocie des prix, c'est d'en faire bénéficier aussi les assureurs privés, parce qu'ultimement on parle d'un régime qui couvre l'ensemble des Québécois. On administre un volet privé, le gouvernement administre un volet public. Alors, si vous parlez de quelque chose qui pourrait être fait, c'est de nous faire bénéficier, le privé, des ententes que le gouvernement négocie, que ce soit pour le prix des molécules ou les honoraires des pharmaciens, et en même temps ça permet de mettre tout le monde sur le même pied d'égalité au niveau du coût.

Le Président (M. Provençal) : La parole est au député de Pontiac.

M. Fortin : Oui. En fait, je veux juste essayer de comprendre, peut-être un suivi, là, par rapport à ce que mon collègue de Marquette a posé d'entrée de jeu, là. Et je comprends ce que vous dites, si c'est des nouveaux actes ou des actes qui sont, disons, déjà couverts par une partie du système de soins de santé actuel ou par la RAMQ, ça ne changera rien, ça ne fera pas diminuer les primes.

Cependant, quand je regarde la question, par exemple, des vaccins, on a parlé du vaccin de la grippe un peu plus tôt, puis tout ça, là, ça, il y a des vaccins qui sont couverts par la RAMQ. Si je vais au CLSC puis je reçois le vaccin de la grippe, couvert par la RAMQ. Si je vais en pharmacie puis je reçois le vaccin, il y a une partie qui va être payée par mon assurance, n'est-ce pas, en ce moment, là? En ce moment, là, si je reçois les services d'une IPS, et pas par le pharmacien, après le projet de loi, nécessairement, mais en ce moment, si je reçois le vaccin de la grippe par une infirmière, il y a une partie du coût qui est couvert par mon régime d'assurance, non?

Mme Duhaime (Lyne) : Oui, bien, en fait, si le régime veut bien le couvrir. Alors, ça n'entre pas dans le régime d'assurance médicaments, il faut faire une distinction. Le régime d'assurance médicaments, c'est qu'il crée un carcan obligatoire. Et donc, ça, lorsque quelqu'un offre un régime, il doit couvrir tous les médicaments et les services qui sont prévus. Il peut y avoir autre chose. Dans votre régime d'assurance collective, vous pouvez avoir... on peut vous rembourser ou non les vaccins, on peut vous rembourser ou non les prises de sang, on peut vous rembourser ou non les services d'un psychologue. Souvent, les régimes vont le faire, mais c'est une décision de promoteur de régime, ça, de syndicat et d'employeur. Ce n'est pas la loi qui oblige le régime à couvrir le service.

M. Fortin : O.K. Donc, ce que vous me dites, essentiellement, et je comprends ça, ça veut dire qu'un régime de base, là, couvrirait juste les médicaments, ne couvrirait pas tout le reste, là, les prises de sang, les vaccins, etc., mais pourrait le faire. Mais en même temps, si je comprends bien le fond de votre pensée, c'est qu'il n'y a rien dans le projet de loi qui va faire en sorte de baisser les primes payées par les travailleurs, entre autres.

Mme Duhaime (Lyne) : Non, tout à fait, il n'y a rien qui va faire baisser les primes. On est plutôt dans une situation où on demande de ne pas les faire augmenter.

M. Fortin : O.K. Très bien. Ça va pour nous, je pense, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Pas d'autres questions? Merci. Je cède la parole au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour. Merci d'être parmi nous aujourd'hui. Ça ressemble à quoi, à la centaine de millions près, disons, ou au milliard près, les profits des compagnies, que les compagnies d'assurances que vous représentez font au Québec? Est-ce que vous avez une idée d'un chiffre?

Mme Duhaime (Lyne) : Non, je n'ai pas le chiffre des profits des compagnies d'assurances de personnes. Mais il faut revenir à ce qu'est un régime d'assurance collective, et les régimes d'assurance collective sont des produits extrêmement compétitifs, où la marge de profit est minimale. Et c'est la raison pour laquelle, en fait, la façon dont est rémunéré l'assureur relève plus d'un frais d'administration que de l'assurance en tant que telle, donc. Et plusieurs régimes, d'ailleurs, ne sont pas complètement assurés. Il y a beaucoup de grands régimes qui sont autoassurés, et, simplement, un frais d'administration est facturé par l'assureur pour effectuer les transactions. Donc, il ne faut pas penser que, dans le fond, l'assureur, présentement, essaie de faire de plus de profits. En fait, notre position, je vous l'ai dit, elle est contre-intuitive, on demande de faire moins d'argent, à court terme, pour s'assurer que ces régimes restent... soient pérennes.

• (16 h 30) •

M. Zanetti : Alors, quelle est la marge de profit moyenne?

Mme Duhaime (Lyne) : D'un assureur?

M. Zanetti : Oui...

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, la marge de profit sur l'assurance collective... En fait, les frais d'administration, bien, varient d'un... sont négociés employeur par...

M. Cholette (François) : Puis, de façon générale, où un assureur en assurances collectives peut faire de l'argent, ce n'est pas en assurance médicaments, là, on parle de quelques pour cent, contrairement à... Bon, où on peut faire des gains, c'est avec l'assurance invalidité, avec l'assurance vie, avec des gains d'expérience, si la mortalité est meilleure que prévu. Puis, encore là, avec bien des régimes, s'il y a des surplus qui s'accumulent, ils sont remis au preneur, mais...

M. Zanetti : Alors, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes ne peut pas nous donner une approximation des marges de profit des assureurs ni une approximation du profit qui se fait par année au Québec sur ce sujet-là.

Mme Duhaime (Lyne) : En fait, ces renseignements-là sont publics. Donc, si vous voulez la... je ne l'ai pas avec moi, mais, si vous voulez, l'information, elle est publique, là. Donc, Desjardins, Mouvement Desjardins... Industrielle Alliance est une compagnie qui est cotée à la bourse, Manuvie est une compagnie cotée à la bourse, donc ils ont des rapports annuels, et toute cette information-là, elle est publique. Donc, ce n'est pas parce que je veux vous la cacher, là, c'est juste que je ne l'ai pas avec moi.

M. Zanetti : Je comprends, mais on s'entend qu'au fond ce que vous dites : Ne mettez pas ces nouveaux services-là dans notre cour parce qu'on serait obligés d'augmenter les prix, ça atteindrait un point de rupture, on ne pourrait plus assurer les gens... Mais, moi, ce que je veux estimer, c'est savoir, le point de rupture, est-ce qu'il peut être bougé en fonction des marges de profit que vous faites?

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, en fait, nous, on va toujours pouvoir les assurer, c'est eux qui ne voudront plus être assurés. En fait, le message qu'on reçoit de façon très claire des syndicats et des employeurs... puis, je peux vous dire, les syndicats viennent nous rencontrer autant que les employeurs, et cherchent des solutions, et nous disent, d'année après année : Les primes augmentent. Et, quand un syndicat ou un employeur renouvelle son contrat d'assurance collective, il a un rapport détaillé, donc il voit que, de la marge de manoeuvre, il n'y en a pas beaucoup, et ils viennent nous voir puis disent : Aidez-nous à mieux contrôler la hausse des primes.

M. Zanetti : Je comprends, mais en même temps c'est quelque chose qui n'est pas uniquement entre les mains du gouvernement, c'est-à-dire que vous avez une responsabilité sur ces prix-là qui atteignent le point de rupture, mais, bon, on en discutera une autre fois.

Le Président (M. Provençal) : M. le député, merci.

M. Ciccone : M. le Président, question de règlement, s'il vous plaît.

Le Président (M. Provençal) : Oui.

M. Ciccone : Le temps qu'on n'a pas pris, du côté de l'opposition officielle, on aimerait l'offrir à...

Le Président (M. Provençal) : Il aurait fallu, au départ, demander un consentement. Nous n'avons pas le consentement, donc on doit fonctionner de cette façon.

La parole est maintenant au député des Îles-de-la-Madeleine. Mais j'ai laissé un petit peu aller le chronomètre, je m'en confesse.

M. Arseneau : Merci, M. le Président. Donc, on comprend bien que vous voulez limiter la hausse des coûts pour ceux qui... aux adhérents, essentiellement, mais en fait est-ce qu'il n'est pas un peu normal que les coûts augmentent quand les services augmentent?

M. Cholette (François) : Mais l'idée, ici, dans le fond, là, c'est que le gouvernement offre déjà certains services, qu'il paie via la RAMQ. Alors, on est en faveur de ce projet-là, qui est excellent, là, pour une meilleure accessibilité à des soins de santé, pour réduire les coûts pour le gouvernement, parce que ça va coûter moins cher si c'est fait en pharmacie que si c'est fait par des médecins, ou en clinique, ou en CLSC, mais le gouvernement va y trouver son compte. Maintenant, il s'agit de ne pas refiler la facture aux employeurs, et puis aux syndicats, et puis aux travailleurs dans le système privé via le régime d'assurance médicaments. C'est ça, l'idée, là, c'est qu'il y aurait double économie pour le gouvernement, dans le fond, là. On réduit les coûts parce que ça se fait en pharmacie puis, en plus, on transfère la facture au régime privé. Alors là, on se dit : Bien là, ce bout-là, là, on n'est pas d'accord.

M. Paquet (Michel) : Bien, en fait, ce que c'est, c'est simplement une mise en garde. Il faut comprendre que, si ces coûts-là sont transférés, pas aux assureurs, aux employeurs, bien, les employeurs, eux, auront le choix, éventuellement, de dire : Bien, des régimes d'assurance collective, on n'en offrira plus. Et puis, si on n'en offre plus, ces gens-là se retrouvent dans le régime public avec encore moins d'avantages qu'ils avaient avant. Alors, c'est de trouver l'équilibre dans l'offre qui est faite.

En ce moment, ces services-là sont déjà couverts par le régime, comme mon collègue le mentionnait, et le danger de transférer le fardeau, le coût aux employeurs et, indirectement, aux adhérents, là, aux employés, aux Québécois, bien, le risque, c'est que le nombre de régimes peut réduire. Pour un employeur qui a 10 000, 12 000 employés, ce n'est peut-être pas significatif, mais pour un employeur qui a 30, 40, 50 employés, le coût du régime est quand même assez exigeant, et c'est un choix qui peut être fait en cours de route.

M. Arseneau : Mais vous parlez d'une augmentation, une pression sur les coûts, mais de là à mettre en danger la pérennité... Est-ce que vous avez fait des calculs qui vous permettent de penser qu'il y aurait un très grand nombre d'employeurs et d'employés qui se retireraient comme ça?

M. Paquet (Michel) : Bien, en fait, si on se fie aux dernières discussions qu'ils ont eues en matière d'assurance médicaments, les employeurs et les syndicats sont ceux qui sont montés au front pour expliquer qu'à un moment donné le coût... la marmite était prête à exploser. Alors, il ne faut pas s'attendre... Il n'y a rien, effectivement, de complètement réglé dans ce dossier-là, alors la marmite est probablement déjà encore pleine.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie Mme Duhaime, M. Cholette et M. Paquet pour leur contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre au prochain groupe de prendre place. Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 36)

(Reprise à 16 h 40)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé. À vous la parole.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Godin (Louis) : Merci, M. le Président. Je suis Louis Godin, je suis médecin de famille et président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je suis accompagné, à ma droite, du Dr Marc-André Amyot, qui est médecin de famille dans la région de Joliette et premier vice-président de la fédération, président de l'association des médecins de Laurentides-Lanaudière, à ma gauche, le Dr Sylvain Dion, qui est aussi médecin de famille, président de l'Association des médecins de CLSC et qui pratique dans la région du Lac-Etchemin, et Me Pierre Belzile, qui est le chef du contentieux à la fédération.

M. le Président, Mme la ministre, Mmes, MM. les députés, membres de la commission, je vous remercie de nous recevoir et de nous permettre de vous faire quelques commentaires concernant le projet de loi n° 31. Je veux d'abord, en commençant, souligner l'apport essentiel des pharmaciens au sein de notre réseau de soins de santé. Et pour nous, les médecins de famille, ils sont des collaborateurs de premier plan, et ça, depuis très longtemps. Nous partageons aussi l'objectif du projet de loi de faciliter la vie des patients en leur offrant des services là où il est le plus simple pour eux de les obtenir. Il est par ailleurs aussi légitime pour nous de se questionner sur le rôle que peuvent jouer les pharmaciens dans le cadre d'une

meilleure complémentarité des services. D'entrée de jeu, nous voulons vous affirmer que nous sommes pour que les pharmaciens puissent vacciner. Nous voulons cependant vous faire quelques commentaires sur, d'abord, le fait que les pharmaciens pourront à la fois prescrire, administrer et vendre des médicaments, sur le danger que l'on voit de banaliser la notion du diagnostic et fournir certains commentaires sur les impacts de dispositions permettant la modification de la médication.

En ce qui concerne la notion des conflits d'intérêts, le pharmacien pourra à la fois prescrire, administrer, vendre des médicaments, ceci dans le but de faciliter l'accès aux patients. Nous aussi, comme médecins de famille, nous voulons faciliter l'accès à nos patients, mais, dans le cas de la vaccination, nous ne pouvons le faire, ne pouvant vendre des vaccins ou des produits que nous administrons ou des tests que nous pouvons prescrire. Cet état de fait ne facilite pas l'accès pour nos patients et souvent va leur compliquer la vie. La notion de conflit d'intérêts, avec l'élargissement des pouvoirs dévolus aux pharmaciens, ne semble pas être la même pour les pharmaciens que pour les médecins. Les concepts d'impartialité, de neutralité, d'équité, d'intégrité que l'on attend des professionnels ne semblent pas s'interpréter de la même façon pour nous, les médecins de famille, que les pharmaciens. Pourquoi ces questions de conflit d'intérêts se posent automatiquement pour les médecins mais semblent balayées sous le tapis ou être taboues lorsqu'il s'agit d'autres professionnels? Pourquoi ce deux poids, deux mesures? Nous croyons important que cette réflexion se fasse à nouveau par le législateur, en gardant à l'esprit l'impact pour le patient en termes d'accès et en voulant lui faciliter la vie. Si le gouvernement veut bonifier l'offre de services en première ligne, il devrait réviser ses positions à l'égard des médecins en ce qui concerne le droit de vendre des médicaments ou d'administrer des tests de laboratoire.

En ce qui concerne le diagnostic médical, l'exercice de la médecine consiste à évaluer, à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies. Pour nous, le diagnostic relève clairement de l'exercice de la médecine. Poser un diagnostic, contrairement à ce que, souvent, beaucoup de gens pensent, n'est pas une chose simple. Prudence de ne pas mettre la santé et la sécurité de la population à risque en pensant que tous les professionnels ont la formation pour poser un diagnostic. Nous convenons qu'il est tout à fait normal qu'un pharmacien puisse questionner sommairement un patient afin de s'assurer qu'il fera un usage approprié des médicaments qui lui sont prescrits. Pour nous, les pharmaciens n'ont pas la formation pour réaliser pleinement un examen physique ou mental. L'évaluation de la santé mentale, par exemple, est très complexe et souvent à haut risque de préjudice.

Afin de s'assurer que le libellé de la loi ne laisse pas place à la confusion dans la notion de l'évaluation et du diagnostic et afin de s'assurer que l'on ne vise pas à poser un diagnostic, nous suggérons, en tout respect, l'utilisation du terme «évaluer sommairement la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments» ou d'autres termes beaucoup mieux adaptés à la réalité. D'ailleurs, à l'intérieur de notre mémoire, nous avons soumis, en tout respect, d'autres libellés, qui nous permettraient, à notre avis, d'éviter toute ambiguïté entre évaluer et diagnostiquer.

Quant à certaines autres dispositions législatives permettant la modification de la médication, pour nous, le médecin demeure responsable du plan de traitement de son patient, il est le seul à avoir une vue globale de l'ensemble des problématiques médicales de son patient et il doit donc avoir en tout temps les informations nécessaires pour s'assurer de la qualité et du suivi de ce plan de traitement là. Quant au pharmacien, nous convenons qu'il demeurera responsable de ces modifications comme de la prescription des tests ou des examens. Il aura aussi la responsabilité du suivi de ces tests, qui ne pourra être confiée au médecin traitant. Dans cette optique-là de cette nécessaire fluidité des communications, nous vous demandons donc de vous assurer d'une communication efficace entre le pharmacien et le médecin traitant, tout comme avec d'autres professionnels.

En conclusion, nous partageons les objectifs d'accessibilité à des services fluides et dans l'offre de ceux-ci. Nous n'avons aucune opposition à ce que les pharmaciens puissent offrir la vaccination. Les questions éthiques relatives au fait de prescrire et d'administrer des médicaments qu'ils vont vendre demeurent, cependant. Nous ne comprenons pas ce paradoxe. Les médecins n'ont pas le droit d'offrir à leurs patients un service aussi efficace, fluide et complémentaire en un même lieu, car toute offre de services autres que la stricte consultation médicale y est rigoureusement encadrée, alors que cet encadrement ne semble pas nécessaire pour d'autres professionnels. Nous vous demandons, à l'intérieur de vos réflexions et de vos travaux, d'avoir la même approche pour les médecins.

Nous vous demandons d'accueillir aussi favorablement cette proposition de modification en ce qui concerne l'évaluation de la condition physique ou mentale en le modifiant pour «évaluer sommairement la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments». Ceci, selon nous, éliminerait toute ambiguïté entre l'évaluation et le fait de poser un diagnostic et permettrait, selon nous, après des discussions que nous avons eues avec les pharmaciens, de leur permettre d'atteindre les objectifs qu'ils ont de pouvoir s'assurer d'un usage approprié de la médication.

Finalement, nous vous demandons que vous vous assuriez auprès des autorités compétentes que les mécanismes de communication adéquats soient mis en place pour une transmission efficace de l'information entre les pharmaciens et le médecin traitant lorsqu'il y aura modification ou cessation de la médication.

Voilà, M. le Président, les commentaires que nous avons à faire en ce qui concerne le projet de loi n° 31, et nous serons heureux de répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Dr Godin, pour votre exposé. Nous débutons cette période d'échange. Mme la ministre, je vous cède la parole.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, Dr Godin, Dr Dion, Dr Amyot et Me Belzile. Alors, très heureuse de vous voir aujourd'hui, de vous entendre aussi, dans cet exercice important du projet de loi n° 31.

Alors, j'ai effectivement quelques questions pour clarifier ce que vous amenez aujourd'hui, des points qui sont, pour vous, des enjeux. Le premier... Et je veux souligner que, dans vos propos, en toile de fond, j'entends bien que vous êtes

d'accord avec l'objectif d'améliorer l'offre de services et de rehausser cette offre de services, de rendre cette offre de services plus accessible pour les citoyens. C'est ce que j'ai entendu dans vos propos.

M. Godin (Louis) : Vous avez très bien entendu, Mme la ministre.

Mme McCann : Oui, et ça correspond aux propos que nous entretenons ensemble depuis plusieurs mois.

M. Godin (Louis) : Tout à fait.

Mme McCann : Alors, sur cette base très constructive, je vais vous demander quelques questions, parce que vous dites... vous êtes d'accord, au niveau de la vaccination, qu'elle soit faite par les pharmaciens. Je veux vous demander qu'est-ce qui vous préoccupe par rapport à cet acte. Vous le savez, évidemment, comme nous tous, que, dans les autres provinces du Canada, la majeure partie, la vaccination est faite par les pharmaciens. Qu'est-ce qui vous préoccupe?
• (16 h 50) •

M. Godin (Louis) : Notre préoccupation n'est pas au fait que les pharmaciens pourront vacciner. Au contraire, on le disait d'entrée de jeu, que nous étions favorables à ça. Ce qu'on remarque et qu'on veut apporter à votre attention, c'est une situation que l'on vit, comme médecins. Nous aussi, on a la préoccupation que les services soient le plus accessibles mais aussi le plus faciles pour nos patients. L'encadrement dans lequel, actuellement, on est crée des situations, particulièrement pour... On va prendre l'exemple des vaccins, mais des vaccins qui ne sont pas couverts par le régime public. Il existe certains vaccins qui ne sont pas couverts par le régime public, qui s'adressent surtout aux personnes d'un certain âge. Et, lorsque ces gens-là viennent chez le médecin et qu'ils voudraient avoir ce vaccin-là... Parce qu'on fait quand même un certain nombre de consultations à chaque année au Québec, on ferait environ 15 à 16 millions de consultations, juste dans nos cabinets. Donc, les gens viennent nous voir, ils veulent avoir le vaccin, et actuellement on ne peut pas vendre ce vaccin-là, on doit nécessairement leur remettre une prescription, qu'ils se rendent à la pharmacie et qu'ils reviennent au bureau du médecin. Souvent, ces gens-là auraient aimé se faire vacciner chez leur médecin, ils sont là, c'est leur visite annuelle, leur évaluation, ou peu importe. Et ça, c'est sans compter toutes les problématiques qu'il y a au transport d'un vaccin, que tu vas chercher à un endroit, que tu dois amener à un autre endroit, tous les facteurs de sécurité en ce qui concerne la chaîne de froid.

Donc, si l'objet du projet de loi est de dire : On veut faciliter la vie des gens, on veut améliorer l'accès, il y a, dans l'encadrement... dans ce fameux pouvoir de vendre des médicaments ou de faire exécuter des tests de laboratoire dans nos cabinets, il y a eu des restrictions importantes au cours de ces dernières années, et ça, ça a un impact sur le service que l'on donne à nos patients, et sur la qualité, et le fait que, pour eux, ça soit un service plus convivial parce qu'ils peuvent avoir ce service-là au même endroit. Pour nous, ce n'est pas l'enjeu de savoir est-ce que les pharmaciens pourront vacciner ou non. On vous le mentionnait dès le départ, Mme la ministre, nous sommes en faveur de ça, nous n'avons aucune objection. Ce que l'on veut, c'est, si on permet ça, et qu'on n'y voit pas de conflit d'intérêts, puis qu'on sait que les pharmaciens seront neutres et impartiaux dans la prescription, et tout ça, on considère que les médecins sont capables de faire preuve de la même impartialité, de la même neutralité et qu'ils sont capables de faire ça, dans l'esprit de rendre service à leurs patients.

Mme McCann : Oui, et parce qu'on est tous régis par un code de déontologie et une réglementation, hein, de nos ordres professionnels, qui sont très importants dans la vie de tout professionnel. Mais l'objectif, là, que nous avons et que vous partagez, c'est vraiment de... Je vais le dire autrement. La charge des médecins de famille, la responsabilité des médecins de famille, elle peut être lourde, à certains égards. Il y a beaucoup de responsabilités sur les épaules des médecins de famille, et on sait que la population a beaucoup, beaucoup d'intérêt, hein, pour tout ce qui tourne autour des médecins de famille. La charge est lourde, vous en avez beaucoup sur vos épaules. On doit supporter, en même temps, nos médecins de famille en réorganisant certains actes, certains volets pour, justement, dégager un peu plus nos médecins de famille — on comprend la situation actuelle dans notre réseau, on en a discuté souvent, vous êtes très au courant, certainement, comme nous tous — et c'est le but, aussi, de ces exercices. Mais évidemment il faut que ce soit fait dans les règles de l'art, il faut que ce soit bien encadré, mais c'est l'objectif. Alors, sur cette question-là de la lourdeur de la tâche et des responsabilités du médecin de famille...

M. Godin (Louis) : Bien, c'est clair, je partage tout à fait vos propos, Mme la ministre, sur la lourdeur de la tâche, mais ça... Je vais vous rapporter un fait qui nous est souvent transmis par nos médecins. On veut alléger la tâche du médecin de famille, mais juste le fait de devoir parfois expliquer au patient qu'antérieurement on pouvait vous offrir ce service-là, maintenant on ne peut plus vous l'offrir, vous allez devoir aller à la pharmacie, on passe souvent plus de temps à leur expliquer pourquoi on ne peut pas le faire qu'on aurait eu besoin du temps pour le faire. Ce que je veux vous laisser comme message, c'est qu'il y a probablement, dans cet exercice d'améliorer l'accès, une opportunité de revoir certains aspects de la réglementation pour, justement, permettre à nouveau au médecin de faire ça, parce que c'est un service qui était apprécié de la population, qui était fait en toute impartialité, neutralité, en équité par rapport au patient. Et on a toujours cet objectif-là du service à donner au patient à l'intérieur de ça, et ce n'est pas quelque chose qui va alourdir le travail des médecins. Au contraire, probablement que ça va l'alléger, parce qu'on aura besoin de moins de temps à expliquer pourquoi on ne peut pas le faire.

Quant à la question du pouvoir de vaccination, je vous le mentionnais dès le départ, on est favorables à ça. Nous, qu'un patient décide d'aller se faire vacciner à la pharmacie, d'aller se faire vacciner au CLSC ou de venir se faire vacciner chez nous, à la clinique, vous comprendrez que, pour nous... que le patient aille à la place qui convient le mieux. Mais il y a encore des gens qui veulent être vaccinés chez leur médecin, ça arrive encore, et on va encore respecter ça.

Mme McCann : Dr Godin, je veux amener, là, avec le temps qu'il me reste, sur ce que vous suggérez, là, par rapport à «évaluer la condition physique et mentale du patient dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments», ça, c'est important, ce bout-là, «dans le but d'assurer l'usage approprié du médicament». Alors, évidemment, ce n'est pas un diagnostic, là, hein, dans le sens... ce qu'un médecin va faire, c'est une évaluation de la condition physique et mentale du citoyen, du patient. Quand vous dites, là : Moi, je suggère «évaluer sommairement», qu'est-ce que ça vient changer?

M. Godin (Louis) : Bien, en fait, c'est qu'on sait qu'antérieurement, au cours des dernières années, il y a eu beaucoup de débats sur toute la question du diagnostic : Est-ce qu'on peut diagnostiquer? Et naturellement c'est quelque chose qui est réservé au médecin, du moins jusqu'à maintenant. Souvent, lorsqu'on veut diagnostiquer, on va nous dire : Mais, vous savez, il m'est déjà permis d'évaluer la condition physique et mentale, donc j'évalue, donc je ne suis pas très loin du diagnostic, et c'est comme si je faisais un diagnostic.

Ce qu'on comprend des échanges que l'on a eus avec nos confrères pharmaciens, c'est que l'objectif qu'ils veulent, c'est d'être capables de relever très clairement, avec leurs patients, qui sont aussi les nôtres, quels sont les drapeaux rouges qui doivent se lever, qu'est-ce qu'il faut faire attention, est-ce que les médicaments sont bien pris, est-ce qu'on a des choses à faire attention.

Le fait de faire une évaluation sommaire qui vise principalement l'utilisation du médicament délimite, pour nous, beaucoup plus clairement l'activité qui est faite et, pour nous, mène le... une définition qui est très claire et qui est très... qui tranche bien, bien la question entre évaluer sommairement, comme c'est ce qui est le désir de faire, pour permettre l'utilisation des médicaments et la question du diagnostic. Parce qu'une fois que cette loi-là sera votée... vous savez, Mme la ministre, une fois qu'une loi est votée, modifier une loi, changer ça parce qu'on veut mieux interpréter ce qu'il en est, ce n'est pas nécessairement facile. On est conscients que les pharmaciens doivent avoir les outils pour être capables de voir est-ce que les médicaments sont bien pris, est-ce qu'il y a des effets secondaires qui sont alarmants, etc. Je veux dire, ça, on convient de ça, mais on ne voudrait pas... ou, dans la mesure du possible, éviter toute discussion qu'il pourrait y avoir dans l'avenir : Ah! bien, finalement, on évalue, donc le fait d'évaluer, ça nous permet... c'est presque un diagnostic, donc, finalement, c'est un diagnostic, c'est déjà ça qu'on fait, et là se retrouver dans ces discussions-là qu'on a déjà eues avec d'autres groupes de professionnels.

Mme McCann : Mais, comprenez, je vous pose la question parce que, pour d'autres professionnels, on parle aussi d'évaluer la condition physique et mentale et on n'ajoute pas nécessairement le mot «sommaire».

• (17 heures) •

M. Godin (Louis) : Non, mais, antérieurement, on a déjà vu de ces situations-là où d'autres professionnels pouvaient évaluer la condition physique, et, lorsque vient le débat à savoir est-ce que l'on peut poser un diagnostic, bien, on tombe rapidement en disant : Bien, j'évalue la condition physique, c'est comme si c'était un diagnostic. En étant un petit peu plus explicatif dans le libellé, ça nous permet d'éviter ça. Parce que, je vous le répète, poser un diagnostic n'est pas un geste banal. Il y a là beaucoup plus... Ça paraît souvent... On apporte souvent des exemples où presque tout le monde pourrait poser un diagnostic, mais la démarche qu'il y a à l'intérieur de ça est beaucoup plus complexe. Puis je pourrais peut-être laisser Dr Dion et Dr Amyot, qui sont des cliniciens encore en pratique, contrairement à moi, qui pourraient peut-être mieux vous expliquer la situation.

Mme McCann : Bien, je m'excuse, là, je pense que vous aurez peut-être l'occasion, dans la suite des choses... parce que je veux vraiment revenir... puis je n'ai pas beaucoup de temps, mais juste quelques minutes sur... D'abord, le fait que... moi, en tout cas, dans mon esprit, et il faudrait voir, là, de façon très, très claire, là, mais, dans mon esprit, évaluer la condition physique et mentale dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments, mais cette évaluation-là n'est pas un diagnostic. Et ça nous a été dit aussi, Dr Godin, clairement par les groupes qu'on a entendus ce matin, dont l'Ordre des pharmaciens. Mais j'entends votre point de vue, je l'entends très bien.

Je veux revenir rapidement, parce que je suis en train d'écouler le temps, là, de mon temps, sur la vaccination. Pour être clair, là, un médecin peut encore vacciner.

M. Godin (Louis) : Oui, oui. La grande difficulté vient des vaccins qui ne sont pas couverts par le régime, qui ne sont pas couverts par le PIQ, que l'on doit prescrire et que, là, le patient doit aller l'acheter ailleurs, et là il y a tout l'enjeu du transport, des chaînes de froid. Et puis il y a des gens qui préféreraient être vaccinés au cabinet de leur médecin.

Mme McCann : Alors, je m'excuse, je suis désolée, là, peut-être que vous avez d'autres explications pour l'évaluation.

M. Dion (Sylvain) : Bien, simplement, là-dessus, un patient de 55 ans qui se présente dans mon bureau puis qui veut être vacciné pour la grippe, je ne peux pas le vacciner parce qu'il faut que je lui vende un vaccin. Ce n'est pas permis que je le fasse, présentement...

Mme McCann : Oui, moi, je voulais vous...

M. Dion (Sylvain) : ... parce qu'il n'est pas couvert.

Mme McCann : Excusez-moi, je voudrais revenir sur la question de l'évaluation. Peut-être, vous aviez quelque chose à ajouter, je vous ai interrompu.

M. Dion (Sylvain) : Il faut bien comprendre qu'on dit «pour l'usage approprié d'un médicament». Il n'y a pas de problème qu'il évalue pour s'assurer que la thérapie est adéquate, mais, quand on parle d'évaluer la condition physique et mentale, est-ce qu'on va remettre en question le diagnostic que le médecin a émis puis qui visait, finalement, à créer le plan de traitement qu'on a donné? C'est pour ça qu'on pense que le but, finalement, c'est vraiment d'évaluer la thérapie médicamenteuse, et d'où l'importance de délimiter ça et que ce soit conforme, finalement, avec leur champ de compétence. Évaluer la condition physique et mentale, c'est très large. Quand on regarde la formation des pharmaciens versus la formation des médecins ou de d'autres professionnels, on n'a pas les mêmes curriculums, donc il y a vraiment une distinction à faire à cet égard-là. Puis, comme dit Dr Godin, quand on parle d'évaluer la condition, on n'est pas loin, également, là, d'aller vers le diagnostic. Puis, de notre avis, il faut être prudent par rapport à ce champ-là qu'on veut élargir, et d'où l'importance, je pense, de le baliser avec... comme on le fait puis qui est vraiment ciblé sur l'usage approprié de la surveillance de la thérapie médicamenteuse par le pharmacien.

Mme McCann : Mais je vous soumetts que, dans la Loi sur les infirmières, c'est ce que je disais tout à l'heure, on dit bien que l'infirmière évalue la condition physique et mentale d'une personne.

M. Godin (Louis) : Mais aussi on sait très bien qu'au cours des dernières années ça a fait l'objet, aussi, beaucoup de discussions, à savoir si ce pouvoir-là ne permettait pas aussi de poser un diagnostic. Et il y a eu beaucoup d'interventions faites par des représentants d'autres ordres professionnels se servant justement de ce libellé-là pour dire : Bien, voyez, là, on peut évaluer la condition physique et mentale, donc on peut diagnostiquer, on a la capacité et la compétence de le faire. C'est pour ça qu'en ayant cette précision-là, en pensant que ça permet au pharmacien d'atteindre l'objectif qu'il veut, c'est-à-dire de pouvoir surveiller la thérapie médicamenteuse et non de poser un diagnostic, ça permet d'éviter ces éléments-là qu'on a vécus dans le passé, parce qu'on sait que ça a fait partie des discussions et des échanges, et c'est juste pour se permettre d'éviter de se rembarquer dans ce débat-là, qui, vous savez, n'est pas souvent très productif lorsqu'on parle de collaboration interprofessionnelle, lorsque tu as à discuter où débute le champ de pratique d'un et où débute le champ de pratique de l'autre.

Mme McCann : D'accord. Est-ce que j'ai encore... ça va?

Le Président (M. Provençal) : Je suis obligé de vous interrompre.

Mme McCann : Bon, parfait. Merci, merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Maintenant, je cède la parole au député de Pontiac, qui est le porte-parole de l'opposition officielle. M. le député.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Bonjour, Dr Godin, Dr Dion, Dr Amyot et Me Belzile. Merci de votre présentation. Je veux juste dire, d'entrée de jeu, là... je pense que la ministre s'est beaucoup attardée à l'objectif de son projet de loi, et ce que j'entends de vous, ce que j'ai entendu de tous les intervenants aujourd'hui, ce que j'ai entendu de tout le monde autour de notre table aujourd'hui, c'est que tout le monde est en faveur d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les patients, là. Il n'y a personne qui est venu dire le contraire. Mais ça, c'est la base, mais on parle de comment on y arrive et de s'assurer que le patient a les bons services, et services qui sont bien encadrés, également, par le cadre réglementaire.

Là, Dr Godin, vous nous soumettez la possibilité d'un conflit d'intérêts de la part du pharmacien et sous la forme... et vous ne vous avancez pas non plus, là, vous dites qu'il faudrait qu'on évalue la chose, il faudrait qu'on étudie la chose dans le cadre du projet de loi, mais que le pharmacien, lui, pourrait essentiellement prescrire, vendre et administrer le médicament, ce que vous, vous n'avez pas le droit de faire. Je comprends ça. Est-ce que, dans votre... parce que vous l'avez étudié jusqu'à un certain point, là, pour arriver à cette formulation-là... J'essaie de comprendre un peu le paradoxe dans votre... et ce n'est pas une critique, j'essaie juste de comprendre, là, mais le paradoxe dans votre intervention. Vous nous dites : D'un côté, il faudrait évaluer s'il y a un conflit d'intérêts du côté du pharmacien, puis en même temps il faudrait regarder à ce qu'on ait les mêmes permissions, les mêmes règles pour nous. Alors, est-ce que vous pensez que c'est un conflit du côté des pharmaciens ou est-ce que vous souhaitez avoir les mêmes permissions, disons?

M. Godin (Louis) : Nous, on pense qu'autant les pharmaciens que les médecins sont capables de gérer ce possible conflit d'intérêts ou cette apparence de conflit d'intérêts. On nous a retiré ce pouvoir-là de vendre et aussi d'organiser des cliniques de prélèvement dans nos bureaux sous le fait qu'on était en conflit d'intérêts ou qu'il y avait apparence de conflit d'intérêts.

Nous, on comprend que les pharmaciens vont être capables de gérer cette situation-là de façon professionnelle. La question qu'on pose, c'est : Pourquoi les pharmaciens vont pouvoir gérer ça de façon professionnelle — puis on n'a pas de doute là-dessus — mais que nous, comme médecins, on n'est pas capables de gérer ça de... on n'a pas cette qualité-là de gérer ça de façon professionnelle, alors que ça a aussi un impact sur l'accès et les services que l'on donne à la population?

Et on cherche... Vous l'avez très bien exprimé, tout le monde est d'accord, on veut améliorer l'accès, on veut améliorer la fluidité des services, et c'est des situations qui, dans nos bureaux, causent des inconvénients à nos patients parce qu'ils ne peuvent pas avoir le service dans la clinique. Et on pense que les médecins sont tout aussi capables que les pharmaciens de gérer cette question des conflits d'intérêts là. On pense que les pharmaciens sont capables de le faire, et là la question qu'on pose au législateur : Pourquoi ça ne peut pas s'appliquer, ça aussi, aux médecins?

On ne vous dit pas : Retirez le droit de vacciner parce qu'ils auront des conflits d'intérêts parce qu'ils peuvent vendre le médicament. Ce qu'on vous dit : Il y a des situations qui se passent dans nos bureaux où on nous a empêchés de le faire sur toute la question des conflits d'intérêts ou de l'apparence des conflits d'intérêts. Appliquons les mêmes règles aux deux groupes de professionnels, parce que je suis convaincu qu'on a tous les deux la même qualité de gérer ces situations-là.

M. Fortin : Avez-vous l'impression... et peut-être que c'est ce que la ministre et son équipe veulent faire, là, mais avez-vous l'impression qu'en permettant aux pharmaciens quelque chose qui ne vous est pas permis ce que la ministre cherche peut-être à faire, c'est de prendre des patients qui sont chez vous, les envoyer aux pharmaciens pour simplifier l'accès pour que vous puissiez travailler sur d'autres patients plus critiques ou qui ont d'autres enjeux qui ne peuvent pas, eux, être traités par les pharmaciens?

M. Godin (Louis) : Vous savez, actuellement, on travaille très, très fort, de notre côté, pour améliorer l'accès de toutes les façons. Le fait de vacciner chez nous, ce n'est certainement pas quelque chose que les médecins veulent développer, mais en même temps, qu'on le veuille ou non, c'est souvent des services que la population veut venir chercher chez nous.

M. Fortin : Mais est-ce que c'est parce que... et je m'excuse de vous interrompre, mais est-ce que vous avez l'impression que la population veut venir les chercher chez vous parce qu'ils n'y ont pas accès ailleurs?

• (17 h 10) •

M. Godin (Louis) : Moi, je pense qu'il y a une grosse question... une question de culture là-dedans. Je vous dirais, les gens sont habitués d'aller voir leur médecin, ils vont le voir pour leur visite périodique, particulièrement les gens atteints de maladies chroniques. On est à la saison de la grippe, bien, allons-y, tant qu'à y être, on va se faire vacciner pour la grippe.

Vous atteignez un certain âge, il peut y avoir certaines indications à ce que vous soyez vacciné contre le zona, bien, je vais chez mon médecin, je vais m'informer si ce serait bon pour moi. Mon médecin me dit : Oui, ce serait intéressant que tu sois vacciné. Bien, est-ce que vous pourriez me vacciner? Non, je ne peux pas vous vacciner. Je vais vous faire une prescription, allez à la pharmacie. Vous vous faites vacciner là ou vous décidez de prendre le vaccin, vous revenez au bureau du médecin, le vaccin peut perdre de son efficacité parce que la chaîne de froid se brise, etc. C'est toute une série d'embûches, et on veut rendre ça plus fluide pour tout le monde.

M. Fortin : Il y a d'autres provinces canadiennes qui permettent aux pharmaciens de faire exactement ça, faire la prescription, la vente et l'administration, entre autres, par exemple, du vaccin. Est-ce que, dans ces cas-là, le médecin a les mêmes possibilités?

M. Godin (Louis) : Sérieusement, je ne peux pas vous répondre de façon sûre. Je pense que les médecins peuvent le faire, mais je me garde une réserve, là, M. Fortin, je n'ai pas la...

M. Fortin : On vérifiera d'ici à l'étude article par article.

Je veux vous amener sur quelque chose d'autre, si vous le permettez, parce que vous avez dit, d'entrée de jeu, dans vos commentaires initiaux, qu'il manque quelque chose à la formation de pharmacien pour faire l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne. Est-ce que vous avez quelque chose en particulier en tête quand vous dites : Il manque quelque chose dans le curriculum?

M. Godin (Louis) : Ça dépend toujours, ce qu'on leur donne, la notion d'évaluation, parce que la notion d'évaluation... C'est quoi, faire une évaluation? Est-ce que c'est questionner? Est-ce que c'est examiner? Ça dépend de comment on définit l'évaluation. Et, nous, de l'aveu même des pharmaciens lorsqu'on discute avec eux, ils ne sont pas formés pour examiner un patient, là. Puis, dans une pharmacie, tu n'as pas une installation physique pour examiner un patient, là. La même chose, un examen mental, c'est quelque chose qui est beaucoup plus complexe que de poser quelques questions à l'intérieur de ça.

Les pharmaciens le disent eux-mêmes : On est des spécialistes du médicament, je veux dire, de l'utilisation, de l'utilisation judicieuse des médicaments, et on est heureux de pouvoir compter sur eux pour nous aider dans nos activités quotidiennes. Mais, encore là, l'évaluation, qu'est-ce que c'est, précisément? Est-ce que c'est poser une ou deux questions ou c'est à la fois poser des questions, faire un examen, un examen physique? Quel genre d'examen physique? C'est tout là qui est le risque d'ambiguïté et c'est pour ça qu'on dit : Essayons donc, pour éviter toutes ces discussions-là qui pourraient arriver après l'adoption du projet de loi... introduisons un qualificatif qui, pour nous, là, replace un peu mieux ce qui veut être fait dans l'objectif du projet de loi, où c'est d'être capable de questionner soit le patient ou des fois même sa famille sur comment ça se passe avec le médicament, s'il y a des effets secondaires qui sont alarmants puis pour lesquels on doit intervenir.

M. Fortin : Mais, quand je regarde l'affirmation que vous avez faite... et même, d'entrée de jeu, là, il y a quelques instants, vous m'avez dit : Quand on parle aux pharmaciens, ils nous disent : On n'est pas nécessairement formés pour ça. Moi, je n'ai pas entendu ça des pharmaciens tantôt. En tout respect, on n'a pas entendu ça de la part des pharmaciens tantôt. Alors, si on leur demande... et on ne le fera pas, M. le Président, on suit les règles, ici, mais, si on leur demande de revenir à la table, de prendre votre place puis on repose la question, je ne sais pas s'ils vont nous dire ça, qu'ils ne sont pas formés pour la chose, ça ne faisait pas partie de leurs préoccupations à eux.

Je comprends ce que vous nous dites, mais ce que je retire surtout de votre propos, c'est clarifier le message pour que ce soit moins ambigu, plus concret et plus direct, là, comme affirmation.

M. Godin (Louis) : Nous voulons éviter les ambiguïtés pour se retrouver, après de longues discussions, sur où chacun peut aller.

M. Fortin : Parce que vous n'avez pas regardé le curriculum, là, du pharmacien, à savoir qu'est-ce qu'il manque pour qu'il y ait cette évaluation-là. Quand vous dites : Il manque ça à la formation, peut-être qu'il y a quelqu'un dans votre équipe, là...

M. Godin (Louis) : Bien, je vais laisser le Dr Dion répondre à ça, qui, lui, actuellement, est aussi un médecin enseignant dans nos unités de médecine familiale, il pourra peut-être vous départager ça.

M. Fortin : Très bien. Alors, dans le curriculum, dans les études d'un pharmacien, là, qu'est-ce qu'il manque, selon vous, pour qu'il puisse faire ça?

M. Dion (Sylvain) : Il manque toute la démarche clinique que l'on apprend et toute la base physiopathologique des maladies que nous autres, on passe quand même trois ans à l'université, 18 mois en stage d'externat et, quand on est médecin de famille, deux ans supplémentaires. Le curriculum en pharmacie, c'est quatre ou cinq ans à la faculté et qui est orienté principalement sur la pharmacothérapie, le fonctionnement. Ils font des affaires avec les pilules que moi, je ne comprends pas, puis c'est bien correct, on a chacun nos champs d'expertise, puis il faut bien voir qu'il y a une différence.

Puis, quand on parle... C'est très large, évaluer la condition physique et mentale. On le cible sur l'usage approprié, mais qu'est-ce que ça veut dire, ça? Est-ce que ça veut dire que le pharmacien va évaluer le patient pour voir si mon diagnostic, prenons exemple, d'hypertension ou de dépression est adéquat? C'est là l'ambiguïté qu'on voit dans l'article tel qu'il est écrit. Si c'était... Puis, quand on parle d'usage approprié, bien, ça veut dire : Est-ce que le pharmacien va contester? Quelle est sa compétence, compte tenu de son curriculum? Comme je viens de vous expliquer, quand on regarde les cours qu'ils font, là, ce n'est pas la même chose. Quelle est leur compétence de pouvoir remettre en question mon diagnostic? Pas de problème à travailler ensemble, là, mais il faut bien comprendre que, quand on parle de l'usage approprié, moi, je vois, là, que c'est très large. Si on parlait d'évaluer pour la surveillance de la thérapie, comme disait Dr Godin, les effets secondaires, est-ce qu'il prend bien la médication, les interactions médicamenteuses, c'est des choses très importantes, ça, il n'y a aucun problème. Mais il faut voir que, tel que c'est écrit là, c'est quand même très, très large, nous autres, quand on regarde ça. Puis ce n'est pas le même curriculum de formation du tout, du tout, qui nous permet d'aller dans le sens d'une expression aussi large qu'elle ne l'est dans l'article de loi... de l'article de la proposition que vous avez dans le projet de loi.

M. Fortin : Très bien. J'ai compris, M. le Président, ça me va.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je cède maintenant la parole au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci beaucoup. Pour revenir sur la question du possible conflit d'intérêts, là, je comprends bien ce que vous avez dit. Au fond, il y a peut-être un apparent conflit d'intérêts, mais très gérable pour les pharmaciens, et donc qui serait très gérable aussi pour les médecins.

Ce serait quoi, un exemple d'un conflit d'intérêts, là... Dans le cas des pharmaciens, en lien avec de nouvelles tâches, opérations à faire possibles, ce serait quoi, un conflit d'intérêts ingérable?

M. Godin (Louis) : Bien, on nous en a déjà... mais ça pourrait être des situations un peu comme celles-là : je prescris un vaccin qui n'est peut-être pas nécessaire pour la personne à qui je le prescris dans le but de vendre le vaccin et peut-être d'en tirer un profit. On nous disait : Nous, comme médecins, c'est dangereux, vous allez peut-être, pour faire des profits, prescrire des choses qu'un patient n'a peut-être pas vraiment besoin. On n'a jamais cru à ça. Puis on ne croit pas plus que les pharmaciens seraient dans cette situation-là.

Et là on a, à la face même... dans un projet de loi, on dit, maintenant, là : On est capables de vivre avec cette situation-là, on sait que ces professionnels-là sont capables de gérer cette situation-là. Ce qu'on vous demande, c'est, soit à l'intérieur de ce projet de loi là ou dans une autre opération, réviser ce qui a été fait. Les médecins ont la même capacité de gérer ces situations-là. Ils ne prescriront pas des médicaments ou des vaccins dans le seul but de faire des profits. Nous avons fondamentalement et essentiellement le bien-être de nos patients en tête. Et c'est aussi leur faciliter la vie, parce que c'est l'objectif du projet de loi que j'entends depuis le début de vos travaux, parce qu'on vous écoutait tout à l'heure sur la route, en s'en venant de Montréal.

M. Zanetti : On voyait récemment, dans les journaux, qu'il y avait plusieurs pharmaciens, au Québec, qui avaient vendu l'accès aux données personnelles de leurs patients pour faire des commissions plus grandes sur des médicaments. Alors, ça, c'était donc un conflit d'intérêts ingérable. C'est un conflit d'intérêts ingérable, manifestement, puisqu'il n'est pas géré, tu sais, factuellement. Et qu'est-ce qui vous fait penser que, par exemple, cette chose-là ne peut pas se produire dans le cas de la prescription et la vente de vaccins?

M. Godin (Louis) : Écoutez, je présume, là... je laisserai les... je comprends qu'il y a des enquêtes qui sont faites, actuellement, là, par l'ordre professionnel en ce qui concerne cette vente de renseignements personnels là. Je laisserai l'Ordre des pharmaciens, là, faire son travail de ce côté-là.

Nous, ce que l'on vous dit, c'est que, de notre expérience que l'on a connue alors qu'on pouvait faire ça, c'était quelque chose qui se gérait très bien. Et on ne comprend pas encore, lorsqu'on pense aux patients, que l'on a balisé ça pour nous

empêcher de faire ça. C'est juste de donner un service qui est là, qui est disponible, qui peut être... s'être procuré ailleurs, et le patient aura toujours le choix d'aller le chercher ailleurs, mais souvent il demandait et il demande encore de l'avoir dans le bureau de son médecin.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Nous terminons avec le représentant du troisième groupe d'opposition. Alors, je cède la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci, M. le Président. En fait, moi, ce qui me surprend du mémoire que vous avez déposé, c'est que j'ai l'impression que vous réclamez un projet de loi qui n'est pas celui qui est à l'étude. En fait, vous ramenez tout aux médecins plutôt que de parler du projet de loi n° 31. Je suis un peu surpris de ça. C'est comme si vous disiez : Bien, pourquoi on donne tout ça aux pharmaciens, alors que nous, on est laissés pour compte? Est-ce qu'on n'est pas au mauvais endroit pour discuter du dossier des médecins?

• (17 h 20) •

M. Godin (Louis) : Je vous laisse le choix, comme législateurs, de choisir l'endroit le plus approprié. Ce qu'on vous rapporte, par la question de la vente et la prescription des médicaments, c'est qu'il y a quelque chose qui nous apparaît pour le moins bizarre dans l'approche de ce projet de loi là. Quant aux éléments sur l'évaluation, ça fait partie intégrante du projet de loi.

Et l'autre aspect qu'on vous a souligné dans notre mémoire, c'est que vous vous assurez qu'une fois que ce projet-là soit adopté toute la question des communications qu'il devra y avoir entre le pharmacien et le médecin... parce que, là, il y a un enjeu très important. Donc, je pense que, quand même, la majorité de nos commentaires portent avant tout sur le projet de loi, les effets que ça a sur les patients...

M. Arseneau : Il y a deux enjeux. Il y a la question du diagnostic, je vous l'accorde, là, la question de l'évaluation. Mais, moi, c'était plutôt sur la deuxième question, celle du conflit d'intérêts, parce que plusieurs vous ont posé la question... et d'amener la notion de conflit d'intérêts, tout en disant : Si vous évaluez qu'il n'y a pas de risque, ramenez ça dans notre cour. Moi, je voudrais, encore une fois, vous entendre. Y a-t-il, selon vous, un risque de conflit d'intérêts, malgré les déclarations des pharmaciens, qui disent : Nous sommes régis pas un ordre, nous avons, en fait...

M. Godin (Louis) : Nous sommes convaincus, tout comme pour les médecins, que les pharmaciens sont capables de gérer ça.

M. Arseneau : D'accord. Et puis, pour la question de l'étendue des pouvoirs qu'on leur donne, qui serait plus grande, sur, par exemple, la cessation de prescription ou encore le renouvellement, je suis surpris, vous êtes entièrement d'accord avec le fait qu'on l'élargisse, ce rôle-là?

M. Dion (Sylvain) : On est d'accord, mais avec des réserves, parce qu'il y a beaucoup de choses qui ont été... Premièrement, dans la loi n° 41, il y avait des choses que les pharmaciens peuvent faire, prolonger une ordonnance, tout ça. C'est quand on vient sur la modification de la thérapie, où là, à un moment donné, ce qu'on veut dire au législateur : Soyons prudents, il y a un plan de traitement qui a été établi par le médecin de famille, par le médecin traitant du patient, c'est celui qui a la meilleure vision de son patient. Si le pharmacien, pour une raison quelconque... Puis il y a un article, entre autres, qui dit de substituer un médicament par un autre médicament d'une sous-classe thérapeutique. Peut-être que moi, je n'ai pas voulu la donner, cette pilule-là, parce que j'avais une connaissance du patient. Ça fait que soyons prudents là-dessus. Puis on veut insister, puis je termine là-dessus, M. le Président, sur la collaboration. Quand le pharmacien veut faire ça, il faut qu'il communique avec le médecin traitant. Je pense que ça, c'est important.

M. Godin (Louis) : Et c'est pour ça qu'on mentionnait, dans notre mémoire, l'importance que vous souligniez aux organismes représentatifs, à la fois des médecins et des pharmaciens, de l'importance de s'assurer que les mécanismes de communication devront être établis de façon très efficace.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie les Drs Godin, Amyot, Dion et Me Belzile pour leur contribution à nos travaux.

La commission ajourne ses travaux jusqu'au jeudi 3 octobre 2019, après les affaires courantes. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 17 h 23)