



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 8 octobre 2019 — Vol. 45 N° 32

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 (3)

**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 mardi 8 octobre 2019 — Vol. 45 N° 32

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association canadienne du médicament générique (ACMG)	1
Réseau FADOQ	10
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	18
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	25
Mémoires déposés	33

Intervenants

M. Luc Provençal, président

Mme Danielle McCann

M. Mathieu Lévesque

M. Louis-Charles Thouin

M. Enrico Ciccone

M. Frantz Benjamin

M. Sol Zanetti

M. Sylvain Gaudreault

Mme Marilynne Picard

- * M. Jim Keon, ACMG
- * M. Christian Ouellet, idem
- * M. Eric Lamoureux, idem
- * Mme Gisèle Tassé-Goodman, Réseau FADOQ
- * M. Danis Prud'homme, idem
- * Mme Diane Francoeur, FMSQ
- * M. Yohann St-Pierre, idem
- * M. Luc Mathieu, OIIQ
- * Mme Caroline Roy, idem
- * Mme Marie-Claude Simard, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 8 octobre 2019 — Vol. 45 N° 32

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 (3)

(Dix heures)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum...

Des voix : ...

Le Président (M. Provençal) : S'il vous plaît, les trois délinquants sur le côté! Merci.

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 poursuivre 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.

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

La Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Guillemette (Roberval) est remplacée par M. Bussière (Gatineau); M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine), par M. Gaudreault (Jonquière).

Auditions (suite)

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Ce matin, nous entendrons les groupes suivants : l'Association canadienne du médicament générique et le Réseau FADOQ.

Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Association canadienne du médicament générique. 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 du médicament générique (ACMG)

M. Keon (Jim) : O.K., oui. Je suis Jim Keon, le président de l'Association canadienne du médicament générique, et, aujourd'hui, avec moi, c'est Eric Lamoureux, le directeur pour notre association au Québec, et Christian Ouellet, de Sandoz. Nous allons partager la parole, et je vais commencer.

M. le Président de la commission, Mmes, MM. les députés, je tiens d'abord à vous remercier de nous avoir invités à partager notre point de vue dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 31 par la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale. L'Association canadienne du médicament générique, connue sous l'ACMG, est un regroupement de fabricants de médicaments génériques et d'ingrédients actifs qui entrent dans la fabrication de ces médicaments. Nos compagnies membres incluent les leaders de l'industrie du médicament générique au Canada et au Québec, dont Apotex, Teva, Mylan, Taro, ainsi que Pharmascience et Sandoz, fièrement établies ici, au Québec, et dont l'un des représentants est présent avec moi aujourd'hui. Nos membres et les milliers de Canadiens et de Québécois qui travaillent dans l'industrie jouent un rôle crucial dans l'économie du pays et dans la pérennité du système de santé en offrant des médicaments abordables, sûrs et efficaces.

Le médicament générique est une réplique du médicament d'origine. Il doit se conformer aux mêmes règles d'approbation strictes de Santé Canada en termes de fabrication et de contrôle de qualité du produit. Il contient les mêmes ingrédients actifs en même quantité et il agit de la même manière sur l'organisme que sa version d'origine. Donc, le médicament générique est l'équivalent, du point de vue thérapeutique, du produit d'origine, la différence porte essentiellement sur le prix. Les médicaments génériques représentent moins de 20 % du prix de leur équivalent de marque au Canada. Pour donner une idée de grandeur, en 2018, au Québec, 75 % des 289 millions d'ordonnances ont été remplies grâce à des médicaments génériques, mais ces mêmes médicaments génériques ne représentent que 19,6 % des coûts. Je répète : 75 % des ordonnances et moins de 20 % des coûts.

L'accès des patients à des médicaments abordables, sûrs et efficaces est donc au coeur de la proposition et de la mission de l'industrie du médicament générique. Selon nous, les mesures proposées dans le projet de loi n° 31 s'inscrivent dans cette tendance.

M. Ouellet (Christian) : Un peu de contexte, de mise en contexte : en 2017, le gouvernement du Québec a signé une entente historique avec l'Association canadienne du médicament générique qui lui permet de réaliser des économies de 1,5 milliard de dollars sur une période de cinq ans et donc qui réduit la facture annuelle en médicaments. Ces économies s'élèvent donc à, si vous faites un petit calcul rapide, environ 300 millions de dollars par année, ce qui fait passer les dépenses annuelles des médicaments génériques, la portion que la RAMQ couvre, d'environ 800 millions à 500 millions de dollars. Comme dans le cadre de l'entente avec l'alliance pharmaceutique canadienne — il faut comprendre, c'est deux ententes,

l'entente Québec et l'entente avec l'alliance pharmaceutique canadienne — une entente un peu miroir qui contient essentiellement les mêmes conditions, alors, il y a 67 médicaments qui ont baissé de façon très importante les prix et faisant en sorte qu'aujourd'hui, ces médicaments-là, on paie environ entre 82 % à 90 % moins cher que le prix du médicament d'origine. C'est donc dire que... pour un de ces médicaments de marque vendu, exemple, à 100 \$, mais ça veut dire que la version générique vaut aujourd'hui 10 \$ ou quelque part entre 10 \$ et 18 \$ pour le même traitement.

Ces médicaments comprennent ceux utilisés pour traiter différentes conditions médicales, qu'on pense à l'hypertension, cholestérol, diabète, dépression. Ils sont utilisés par des millions de Québécois et de Canadiens. Ainsi, grâce à des ententes conclues, le gouvernement du Québec et l'APP, les prix du médicament générique n'ont jamais été aussi bas. Ces économies donnent au gouvernement la marge de manoeuvre nécessaire pour réinvestir dans le système de santé, que ce soit pour payer des thérapies innovatrices plus coûteuses ou pour désengorger les urgences. Plus que jamais, la pérennité du système de santé et de nos régimes d'assurance médicaments dépend d'un recours accru aux médicaments génériques, mais encore faut-il saisir l'occasion qui se présente.

Voici ce qui nous amène au vif du sujet. Vous aurez compris que l'ACMG et ses membres appuient les efforts visant à améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance pour les Québécois. Le projet de loi propose des mesures qui s'inscrivent dans cette tendance et qui sont positives pour les patients, et pour les contribuables, et pour l'ensemble du système de santé du Québec. Il faut d'ailleurs saluer la collaboration entre les différentes associations et les ordres professionnels qui ont mené à la présentation du projet de loi, notamment le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec. Cette collaboration-là est tout à fait remarquable. Plusieurs mesures proposées sont pertinentes et bien avisées dans le cadre d'une bonne prise en charge des patients. C'est le cas, notamment, des mesures prévues à l'article 2 du projet de loi, dont l'ajustement de la modification d'une ordonnance, à l'alinéa 7°, de la cessation d'une thérapie médicamenteuse, alinéa 5°, et même de la substitution d'un médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement complète ou de problème relatif à son administration.

M. Lamoureux (Eric) : Bref, l'ACMG se prononce depuis plusieurs années en faveur de rôles accrus des pharmaciens afin de mieux soutenir les patients dans l'écosystème des soins de santé au Québec. En raison de leur proximité avec les patients et leur connaissance des médicaments, les pharmaciens sont souvent les mieux placés pour soutenir les patients et contribuer à désengorger le système de santé. Nous sommes donc favorables aux changements proposés par le gouvernement dans le projet de loi n° 31. Le défi pour le gouvernement sera maintenant de trouver le moyen de rémunérer le pharmacien adéquatement pour refléter ses nouvelles responsabilités.

Dans un tel contexte, la maximisation des économies liée à une plus grande utilisation des médicaments génériques pourrait contribuer à dégager une marge de manoeuvre supplémentaire. On évalue que, pour chaque point de pourcentage additionnel d'utilisation des médicaments génériques, les Québécois pourraient économiser 184 millions de dollars par année. Les économies, par exemple, pourraient être particulièrement importantes pour les médicaments remboursés par les régimes privés d'assurance médicaments, un secteur dans lequel le Québec tire de l'arrière et qui touche de grandes majorités des employés des secteurs public et même parapublic.

Nous sommes ici aujourd'hui pour formuler notre appui au projet de loi mais aussi pour proposer des pistes de solution. Comme mentionné, les économies consenties par l'industrie du médicament générique s'élèvent à 300 millions de dollars par année pour une seule industrie. Il est raisonnable de dire que les fabricants de médicaments génériques, tout comme les patients et les contribuables, font déjà plus que leur juste part pour contribuer au système de santé du Québec. Or, le succès de l'approche proposée dans le projet de loi n° 31 repose entre autres sur une rémunération adéquate des pharmaciens. Des solutions existent pour contribuer à ce financement, comme un recours accru aux médicaments génériques. Les conditions sont réunies pour permettre de réaliser des économies et de dégager des marges de manoeuvre supplémentaires au bénéfice de l'ensemble du système de santé. Il s'agit d'une occasion sans précédent, et il faut la saisir. Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre exposé. Nous allons commencer la période d'échange. Mme la ministre, la parole est à vous, et je vous rappelle que vous avez 16 min 30 s.

• (10 h 10) •

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je vous salue, M. Keon, M. Lamoureux et M. Ouellet. Merci pour votre présentation.

Évidemment, tout le volet des médicaments génériques est au coeur, là, de vos préoccupations, bien entendu, mais moi, j'aimerais vous demander aussi, le projet de loi n° 31, comment ça va avoir de l'impact, là, sur vos organisations. Est-ce qu'il y en aura un, impact par rapport au fait, là, qu'on parle d'activités additionnelles, enfin, comme vous avez mentionné, les éléments du projet de loi n° 31? Est-ce que vous allez avoir à faire certains ajustements?

M. Lamoureux (Eric) : En bout de ligne, pour nous, il y a certaines propositions dans le projet de loi, on est favorables, puis ça n'aurait pas un impact sur l'industrie du médicament générique telle quelle, parce que, quand on parle d'une substitution, il y a une substitution obligatoire qui doit se faire pour le médicament générique quand elle existe déjà dans cette classe thérapeutique. Donc, pour nous, on voit ça d'un oeil positif, mais surtout c'est bon pour le patient, c'est bon pour l'industrie également.

Mme McCann : Mais justement, dans ce sens-là, vous parliez d'économies additionnelles qui pourraient être faites, pourriez-vous élaborer davantage, là? Parce qu'actuellement, évidemment, il y a un taux d'utilisation des médicaments génériques quand même intéressant, mais vous dites qu'il y a des économies additionnelles qui pourraient être faites en utilisant les médicaments génériques.

M. Lamoureux (Eric) : Oui, ça fait qu'il y a deux volets : il y a le secteur public et il y a le secteur privé. Donc, au système québécois, en ce moment, puis dans le secteur public, ça va bien, il y a une belle pénétration des médicaments génériques. On peut toujours en faire plus, mais on s'accote très bien, à l'échelle nationale, par rapport aux autres provinces également. Mais, quand on parle du secteur privé, on est quand même... on traîne un peu de l'arrière, donc il y a des opportunités là. Ça fait que ça, ça veut dire, par exemple, les employés de l'État sont sur des plans privés, certaines compagnies également. Ça fait qu'il faut débloquer des économies là, également, avec une plus grande pénétration des génériques.

Mme McCann : Oui, et quelles sont les conditions que vous voyez qui pourraient permettre, justement, davantage d'utilisations des médicaments génériques au privé?

M. Ouellet (Christian) : Bien, une des conditions, c'est un peu la même chose qui est déjà appliquée pour ceux qui sont bénéficiaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, le régime de la RAMQ, d'avoir une politique de ne pas substituer et de ne pas substituer pour... ou l'élimination de la mention «ne pas substituer». Alors, quand un prescripteur écrit, le gouvernement du Québec, lui, a déjà posé des gestes pour faire en sorte que le médecin écrive... exemple, un médicament de marque, en écrivant «ne pas substituer», eh bien, le Québec a déjà pris des dispositions pour éliminer ça pour son régime public mais pas pour les régimes privés. Mais n'oubliez pas qu'en bout de piste c'est le même payeur de taxes qui paie pour le secteur parapublic. Alors, tous les employés de la fonction publique, les écoles, les cités et villes, ça, tout ça est relié à une négociation mais bénéficie d'une assurance privée. Et déjà je pense que le contribuable, lui, pourrait bénéficier si on adoptait la même mesure que ce que vous avez déjà adopté au niveau de la RAMQ, pouvoir le transférer au secteur parapublic.

Mme McCann : D'accord, merci. Et on parle, dans le projet de loi, là, de substitution de médicament. Comment vous voyez la recommandation que ce soit fait même en dehors de la même classe thérapeutique?

M. Lamoureux (Eric) : Pour nous, tant et aussi longtemps que la politique de substitution obligatoire au générique dans la même classe thérapeutique demeure, pour nous, c'est positif. Cette clause-là, pour nous, on est d'accord parce que c'est bon pour le patient, puisqu'ils vont avoir accès à ces médicaments plus rapidement.

Mme McCann : Donc, vous êtes en faveur de cet article-là.

M. Lamoureux (Eric) : Oui, tout à fait.

Mme McCann : Je voudrais vous parler aussi de ruptures d'approvisionnement, parce qu'on en parle beaucoup, hein, dans le cadre des échanges qu'on a eus avec plusieurs groupes qui sont venus nous voir, puis ça préoccupe tout le monde, hein, les ruptures d'approvisionnement. Moi, j'aimerais ça vous demander : Vous, est-ce que vous pensez à des mécanismes qui... ou vous avez déjà des mécanismes, peut-être, futurs, qui peuvent aider les pharmaciens à contrer, justement, les effets, là, pour les patients de ces ruptures, là, en approvisionnement?

M. Ouellet (Christian) : En fait, votre projet de loi va aider à... Les ruptures sont... de mise en contexte, là, les ruptures d'approvisionnement de médicaments nous pénalisent autant qu'elles pénalisent les patients, là. Alors, on n'aime pas du tout être en pénurie parce que, si on est en pénurie, on ne vend pas nos produits. Alors, ce n'est pas par plaisir qu'on se retrouve là, alors on fait tout en sorte que la chaîne d'approvisionnement soit efficace puis que la production soit alignée sur la demande.

Mais, ceci dit, en dehors de tout ça, quand on arrive à l'opérationnalisation, au niveau des pharmaciens, le projet de loi va aider à absorber le choc lorsqu'il y a une rupture d'approvisionnement parce que, dans le projet de loi, vous donnez plus de marge de manoeuvre aux pharmaciens de façon à le substituer, d'une façon ou d'une autre, à un autre agent comparable, et c'est... je pense que vous allez... c'est une solution qui est intéressante pour amoindrir, pour le patient, les chocs d'une rupture d'approvisionnement.

Mme McCann : Mais votre opinion sur est-ce qu'on attend une rupture complète ou pas? Parce que l'AQPP nous a dit, la semaine dernière, qu'eux, ils pensaient que c'était peut-être préférable de ne pas attendre une rupture complète, là, par rapport à l'approvisionnement.

M. Lamoureux (Eric) : Je pense que cet enjeu-là demande une réflexion de la part du gouvernement, c'est évident, parce que ce qu'on ne veut pas comme conséquence, c'est un effet domino où est-ce que, tu sais, on fait l'acquisition d'autres médicaments, puis là ça crée des pénuries ailleurs. Ça fait que je pense que ça demande une réflexion, puis c'est un enjeu important, puis c'est une question à soulever. Mais, pour nous, ça serait un effet potentiel.

Mme McCann : Vous, vous n'êtes pas certains, là. Vous croyez que...

M. Lamoureux (Eric) : Ça demande une réflexion plus... c'est un dossier complexe. La rupture des médicaments au complet est un enjeu complexe. Ça demande la collaboration de tout l'écosystème. Ça fait que, pour nous, ça serait un des potentiels enjeux à ce niveau-là.

Mme McCann : D'accord. Et je vous demanderais aussi... Sur un autre sujet, justement, là, je vous ramène des réflexions, des questions qui nous ont été posées ou des réflexions qui nous ont été amenées par d'autres groupes. Il y a des groupes qui nous ont dit qu'il y avait un potentiel de conflit d'intérêts étant donné que le pharmacien, il peut aussi prescrire des médicaments et il vend des médicaments. Quelle est votre position là-dessus?

M. Lamoureux (Eric) : Bien, pour nous, premièrement, les pharmaciens, c'est les professionnels de la santé comme sont les médecins. C'est des professionnels en premier temps, ils ont une proximité avec les patients, puis je pense qu'on doit leur faire confiance à ce niveau-là, étant donné de leur feuille de route pour le secteur puis leur contribution qu'ils font pour le système de santé au Québec.

M. Ouellet (Christian) : Si vous me permettez, en complément, le droit de prescrire plusieurs médicaments, pour les pharmaciens, tel que vous l'avez défini, ça s'applique beaucoup à des médicaments utilisés de façon précise dans des cas d'urgence, exemple détection de zona, exemple... un bel exemple, ou des produits qui sont en vente libre mais qui... le pharmacien va pouvoir le prescrire. Puis, je vous donne un exemple de la vie de tous les jours, quand un pharmacien va prescrire du Tempra pour un enfant, eh bien, avec l'étiquette, le parent va pouvoir amener son enfant au service de garde et, comme il y a une étiquette d'une prescription, il n'aura pas été besoin d'avoir dérangé une clinique médicale pour avoir une prescription pour que de façon... en CPE, on puisse donner le traitement. Alors, quand il n'y a pas d'étiquette, il n'y a pas de prescription, bien, le parent est obligé de manquer du travail à cause de ça. Alors, vous voyez, ce n'est pas juste des médicaments.

Puis là je reviens à votre question, vous dites : Est-ce qu'il y a un conflit d'intérêts? Bien, la majorité des produits en vente libre, les patients sont déjà libres de les choisir, alors il n'y a pas de conflit à cet égard-là, et ça nous concerne peu, à toutes fins pratiques, parce que, dans la pratique, ça va être énormément de médicaments en vente libre ou des médicaments très, très ciblés, en cas d'urgence, en attente d'une confirmation d'un diagnostic.

Mme McCann : D'accord. Merci. Alors, M. le Président, je céderais la parole aux collègues.

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

M. Lévesque (Chapleau) : Merci beaucoup, M. le Président. Merci, de votre présentation, messieurs. Merci d'être ici, là, aujourd'hui. Je lisais votre mémoire, puis vous mentionnez... un passage, je vais faire lecture, donc : «Le défi pour le gouvernement sera maintenant de trouver le moyen de rémunérer les pharmaciens adéquatement pour refléter [les] nouvelles responsabilités [inhérentes au projet de loi].» Puis là je me posais la question, dans le fond : À votre avis, quelle serait la meilleure solution, dans le fond, pour y arriver, donc, à cette façon de rémunérer de façon plus adéquate les pharmaciens?

M. Lamoureux (Eric) : Mais il y a deux opportunités. Peut-être, je pourrais parler des médicaments génériques, Christian, toi, des médicaments biosimilaires, mais il y a deux volets à notre réponse. En bout de ligne, comme qu'on disait, un pourcentage d'intégration de plus, dans le système de la santé au Québec, des médicaments génériques, tu sais, c'est ça, notre raison d'être, c'est d'apporter des économies puis une marge de manoeuvre au gouvernement pour que le gouvernement puisse en faire plus pour les patients. Ça fait qu'un pourcentage de plus d'intégration, ça apporte 184 millions de plus d'économies, alors c'est important. Ça fait que, pour nous, c'est là où est-ce qu'on irait chercher la marge de manoeuvre pour ensuite pouvoir parler de cette rémunération qui est nécessaire pour les pharmaciens pour entreprendre ces responsabilités additionnelles. Ça fait que ça, ce serait le volet générique.

M. Ouellet (Christian) : Et l'entente qu'on a parlé tout à l'heure, de l'économie de 300 millions récurrente, là, pour les cinq prochaines années — on est dans l'année 2 de cette entente-là, soit dit en passant — alors, ça a déjà donné de la marge de manoeuvre au gouvernement pour pouvoir rémunérer des actes professionnels avec les pharmaciens. Alors, nous, on fait partie de la solution. Notre solution, c'est : on a déjà fourni une économie substantielle pour le système de santé. Puis après ça, bien, je laisse au législateur et au gouvernement de choisir les bons modes de rémunération adéquats pour rémunérer la pratique pharmaceutique dans laquelle, nous, on a fait notre part, où est-ce qu'on a contribué par une réduction de prix de façon importante.

Un autre volet, une opportunité, peut-être, et ça déborde du cadre du projet de loi n° 31, mais néanmoins... l'utilisation accrue aux médicaments biosimilaires. Vous allez en entendre, sans doute, de plus en plus parler, mais c'est l'équivalent un peu d'un médicament qui... biologique, on peut utiliser une version biosimilaire et qui est aussi à moindre coût que la version innovatrice, et ça, c'est aussi une opportunité importante d'économies, là.

M. Lamoureux (Eric) : Juste pour rajouter par rapport à ça, M. le député, si vous me permettez, c'est qu'en bout de ligne, suite à la négociation qu'on a faite avec le gouvernement du Québec, les 300 millions, le pourcentage du prix que le médicament générique est comparé au médicament de marque, en bout de ligne, on est au plus bas prix. Ça fait que, souvent, les gens vont dire : On va demander à l'industrie d'en faire plus puis contribuer plus pour aider à faire plus d'économies, mais, pour nous, comme qu'on dit en anglais, on est vraiment au «bottom price», à ce moment-ci.

• (10 h 20) •

M. Keon (Jim) : Et la rémunération équitable pour les pharmaciens, ce n'est pas vraiment notre affaire, mais nous sommes ici pour indiquer que le rôle des produits génériques était offrir les économies que le gouvernement peut utiliser pour des autres personnes dans le système de santé.

M. Lévesque (Chapleau) : D'accord. Merci. Peut-être une autre question. J'imagine que, peut-être, vous avez eu l'occasion de le lire, là, ou pas, là, mais un article du *Devoir*, qui titrait ce matin : *À quel prix élargir les pouvoirs des pharmaciens? s'alarme la CSQ*, dans le fond, ça présente un point de vue un peu opposé de la Centrale syndicale, dans le fond, du Québec. Dans le fond, leur représentant mentionne que «la multiplication des activités professionnelles pharmaceutiques rémunérées par les régimes d'assurance accentue les iniquités en santé». Je serais curieux de vous entendre. Qu'est-ce que vous répondriez à cela?

M. Ouellet (Christian) : J'ai un peu de misère à saisir la portée de l'argument, au sens que les pharmacies sont accessibles à tout le monde, ne sont pas accessibles juste à une partie de la population. Alors, s'il y a plus de services offerts en pharmacie qui sont éligibles et que toute la population y est éligible, je ne vois pas en quoi ça brime l'accès. Et, s'il y a plus de portes d'accès pour régler des problèmes... Souvent, le projet de loi vise beaucoup des conditions mineures et des problématiques de santé mineures qui... on veut surtout éviter que ces patients-là se présentent dans des cliniques médicales ou, encore pire, à l'urgence. Alors, si des problématiques de santé mineures sont réglées ou en partie réglées par votre projet de loi et que les pharmacies... je ne sais pas, il y en a quelques... plusieurs centaines, de pharmacies disponibles partout, sur tout le territoire, je ne vois pas en quoi ça brime l'accès.

M. Lévesque (Chapleau) : Donc, il n'y aurait pas nécessairement d'iniquité, là, à vos yeux, par rapport à ça, là.

M. Ouellet (Christian) : Tout le monde peut aller dans une pharmacie, à preuve du contraire, et avoir accès aux services.

M. Lévesque (Chapleau) : Oui, non, c'est ça, justement. Oui, merci. Moi, M. le Président, ça compléterait ma partie. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Député de Rousseau.

M. Thouin : Merci, M. le Président. Donc, de toute évidence, le projet de loi n° 31 est bien accueilli par l'ACMG, mais, question de me faire l'avocat du diable un peu, est-ce que vous avez des inquiétudes ou des appréhensions par rapport à ce projet de loi là? Puis, si c'était le cas, bien, est-ce qu'il y a lieu de porter certaines améliorations ou certaines corrections dans le projet de loi, à votre lecture?

M. Lamoureux (Eric) : Bien, en bout de ligne, pour nous, ce qu'on dit, c'est : Pour prendre l'avantage, le plein avantage du projet de loi, c'est juste de faire certain que... Il va falloir dégager des économies dans le système de santé, pour me répéter, pour pouvoir permettre aussi la rémunération des pharmaciens pour prendre le plein avantage de ce projet de loi là puis les nouvelles responsabilités qui ont été... Ça fait que, pour nous, c'est de dire... tu sais, de faire un rappel peut-être que les médicaments génériques... et l'importance d'une substitution obligatoire est définitivement, pour nous, un bon rappel à faire. C'est la politique du gouvernement, puis ça va demeurer, à moins qu'on me dit le contraire, la politique du gouvernement dans le cadre de ce projet de loi là également.

M. Ouellet (Christian) : Notre grande suggestion est beaucoup plus à l'égard de la rémunération des pharmaciens. Ça ne s'écrit pas dans le projet de loi, puis on n'a pas d'amendement à cet égard-là, mais juste dans la logique, si vous voulez vraiment que ça soit un succès, que les pharmaciens fassent des actes et étendent leur pratique, il faut que la rémunération soit en conséquence. Et, s'il n'y a pas de rémunération qui rémunère à la juste valeur de la valeur de l'acte professionnel qu'ils posent, bien, ces gens-là vont se retrouver ailleurs dans le système de santé puis ils vont coûter, fort probablement, plus cher. Alors, il y a lieu de rémunérer adéquatement, ça devient un incitatif aux pharmaciens de faire les actes professionnels qui vont être conférés par votre projet de loi, et c'est le meilleur levier que vous pouvez avoir pour que ça soit véritablement un succès. Parce que, sur papier, c'est excellent, mais, dans la pratique, s'il n'y a pas d'incitatif, ça sera peu ou pas utilisé par les pharmaciens. Alors, s'il y a un incitatif adéquat, ça va de soi. C'est peut-être la recommandation qu'on peut vous faire, et on laisse le législateur décider quelle sera la tarification adéquate, et vous négociez avec les pharmaciens en conséquence. Nous, on n'a pas à être partie prenante dans ce débat-là, là.

M. Keon (Jim) : Mais l'association se prononçait depuis des années pour un rôle accru pour les pharmaciens pour mieux soutenir les patients. C'est notre position depuis des années, alors nous sommes totalement d'accord avec le projet de loi.

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

Mme McCann : Oui, dans les deux minutes, je pense, qu'il nous reste ou à peu près, vous avez parlé de biosimilaires, hein, alors peut-être nous dire, justement, en quelques minutes ce que vous voyez comme potentiel pour les biosimilaires au Québec et... En lien, évidemment, avec les médicaments génériques, peut-être nous dire, là, de quoi on parle pour les biosimilaires puis nous dire le potentiel que vous y voyez.

M. Lamoureux (Eric) : Merci beaucoup, Mme la ministre. En bout de ligne, l'ACMG, on a aussi un volet qui s'appelle Biosimilaires Canada, ça fait qu'on représente les deux associations ici, au Québec, puis à travers le Canada.

On peut déjà... On peut regarder dans l'Ouest canadien, où la Colombie-Britannique a mis en place des politiques en faveur des biosimilaires, puis, pour eux, les économies sont évaluées à 100 millions au cours des trois prochaines années. Et, si on regarde la population du Québec versus la Colombie-Britannique, on peut s'imaginer des économies, quand même, qui sont très importantes. Ça fait que, pour nous, avec le prix... avec les économies qu'on doit faire dans le système public de santé au Québec, ce serait important pour le gouvernement du Québec de faire une réflexion, développer une politique sur les biosimilaires, puis que le patient soit au coeur de cette réflexion-là, les professionnels de la santé, dont les médecins et les pharmaciens, l'industrie, pour faire certain qu'on prend le plein avantage des biosimilaires au Québec.

Mme McCann : Oui, je pense qu'il est bon de mentionner que le ministère est déjà en travaux, là, sur ce dossier-là. Mais, peut-être pour qu'on vous comprenne bien, pour l'Assemblée, la différence entre un générique et un biosimilaire?

M. Ouellet (Christian) : Bien, la grande différence, c'est qu'on va partir d'un médicament biologique, qui est, lui, fait à partir de cellules vivantes, contrairement à un médicament classique, traditionnel, chimique, qui, lui, est fait avec une structure moléculaire très stable. Alors, le plus bel exemple d'un médicament biologique : un vaccin. C'est quelque chose qui est vivant, c'est souvent parti avec une bactérie ou une levure, alors c'est quelque chose qui grossit et qui croît, dont on contrôle les paramètres de croissance et de développement d'un médicament. Ça, c'est un médicament biologique.

La version biosimilaire, c'est une version qu'on va développer... on n'a pas eu à faire la recherche sur ce produit-là, mais on va développer une application avec les mêmes paramètres de croissance pour développer une molécule qui va être hautement similaire. C'est pour ça qu'on a dit : Ce n'est pas exactement pareil, mais c'est hautement, hautement similaire, que ça n'a aucune différence au plan clinique, et de la sécurité, et de l'efficacité des médicaments, et, évidemment, à une fraction du prix. Alors, pour résumer...

Mme McCann : Merci, merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. On va maintenant céder la parole à l'opposition officielle. Alors, je cède la parole au député de Marquette.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Bon mardi, tout le monde, chers collègues. Bonjour, M. Keon. Bonjour, M. Lamoureux. M. Ouellet, bonjour. Merci d'être là, merci de votre présentation.

Dans votre mémoire, vous parlez d'un modèle bien particulier, celui de la Colombie-Britannique, qui vient de se doter, justement, d'une politique, là, de transition vers des médicaments biosimilaires. Pouvez-vous nous donner un peu plus de détails et comment ça fonctionne?

M. Ouellet (Christian) : Oui, pas de problème. Alors, bien, le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis en place une politique dans laquelle il incite les patients, qu'ils soient existants ou des nouveaux patients diagnostiqués avec une pathologie, de recevoir un médicament biosimilaire qui... hein, qu'on a dit tantôt, à une fraction du prix de la molécule innovatrice, et ça génère des économies importantes. À l'échelle de la Colombie-Britannique, c'est 100 millions. À l'échelle du Québec, si on fait une extrapolation rapide, là, on va être dans l'ordre d'à peu près 160 millions de dollars, là, à plus ou moins quelques millions, là, selon qu'est-ce qu'on inclut.

Et ce que la Colombie-Britannique a bien fait comme approche, ont pris le temps de consulter toutes les parties prenantes — les patients, les groupes de patients, les professionnels de la santé, pharmaciens, médecins, infirmières — ont pris le temps de faire une grande consultation et ont amené cette dimension-là. Puis il faut comprendre qu'ils se sont beaucoup inspirés des pratiques, aussi, en Europe, parce qu'en Europe ça fait longtemps que les biosimilaires sont sur le marché, plus d'une dizaine d'années, avec une expérience clinique qui est positive et qui génère, encore là, des économies importantes. Alors, la Colombie-Britannique a appliqué ça, ont fait leurs devoirs. Et on comprend aussi que le Québec a une certaine volonté d'aller dans ce sens-là, qu'il est en étude des options possibles, mais il y a là, encore là, une économie. Et ça, il faut comprendre que ce n'est pas une... l'économie sert à financer, aussi, des nouveaux traitements innovateurs et de nouvelles... et donner accès à plus de patients. Parce que les médicaments biologiques, qu'ils soient biologiques ou biosimilaires, c'est une innovation formidable en termes de résultats cliniques pour les patients, alors, si vous dégagez de la marge de manoeuvre, ça laisse plus de patients disponibles pour avoir ces options-là ou de traiter des nouvelles pathologies dans lesquelles on n'avait pas les moyens, avant, de pouvoir... On libère de l'espace, de la marge de manoeuvre pour financer des nouvelles thérapies.

M. Ciccone : Bien, je trouve ça intéressant, parce que, justement, ce qu'on veut... puis on veut le bien du citoyen, qu'il paie le moins cher possible. Surtout ses médicaments, ils peuvent coûter très cher.

Dans votre mémoire, également, vous dites que les prix des médicaments génériques sont à un niveau historiquement bas ici, au Québec. Est-ce que, justement, avec ce que vous venez de nous dire, avec la politique de la Colombie-Britannique... puis là, permettez-moi de... mon ignorance à ce niveau-là, là, mais est-ce que le pharmacien... on pourrait peut-être inclure ça aussi dans le projet de loi, le pharmacien est obligé d'offrir le générique, ou s'ils sont obligés de le faire déjà, là?

M. Ouellet (Christian) : Oui, bien, par rapport au générique, il y a déjà une politique du gouvernement du Québec pour une substitution obligatoire quand ils sont dans la même classe thérapeutique. Au niveau des biosimilaires, il n'y a pas encore de politique en place. De toute façon, pour l'ACMG, pour nous, c'est important que le médecin soit au coeur de la discussion puis qu'il appuie le patient dans cette transition-là.

M. Ciccone : Mais est-ce qu'on pourrait l'obliger, justement, avec ces produits similaires là?

M. Ouellet (Christian) : Bien, pas pour...

M. Lamoureux (Eric) : Bien, veux-tu y aller, Jim?

• (10 h 30) •

M. Keon (Jim) : Avec l'approbation de Santé Canada, les génériques sont déclarés équivalents aux médicaments de marque. Pour les biosimilaires, Santé Canada dit que c'est très similaire, c'est biosimilaire, puis ce n'est pas équivalent. Alors, jusqu'à maintenant, les produits biosimilaires ne sont pas interchangeable au Québec ou dans les autres provinces, non plus, au Canada.

Alors, je pense qu'on pourrait faire, maintenant, un système comme en Colombie-Britannique, où on utilise le médecin pour essayer de substituer, switcher pour une transition du biologique... et utilise le biosimilaire plus, mais pas un échange dans la pharmacie chaque fois, non.

M. Lamoureux (Eric) : Pas pour le projet de loi n° 31, en ce moment, on ne voit pas ça comme une opportunité.

M. Ciccone : O.K. Mais, justement, je trouve que cette politique-là est intéressante. Est-ce qu'il y a moyen de la déposer à cette commission dans un avenir rapproché? Est-ce qu'il y a moyen de la déposer, cette politique-là de la Colombie-Britannique?

M. Lamoureux (Eric) : De la Colombie-Britannique? Oui, il n'y a pas de problème. On a les informations, d'ailleurs... puis biosimilaires. Ça va me faire plaisir de travailler avec la secrétaire de la commission puis faire parvenir ces politiques-là, pas de problème, oui.

M. Ciccone : Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Pour déposer, ça prend le consentement, non? Ça va? Oui?

M. Ciccone : Ils vont le transmettre.

Le Président (M. Provençal) : Oui, on va nous la transmettre puis, lorsqu'on l'aura, on la fera parvenir sur le Greffier.

M. Ciccone : Maintenant, sur quoi basez-vous vos calculs d'économies pour le Québec puis comment ça pourrait nous impacter, ça?

M. Lamoureux (Eric) : Par rapport aux médicaments génériques?

M. Ciccone : Oui.

M. Lamoureux (Eric) : Un médicament générique, ce qu'on dit, on se base sur les données, aussi, de la RAMQ puis les prix des médicaments génériques, ça fait qu'en bout de ligne les prix varient de 10 % à 18 % du prix du médicament de marque, puis les économies représentent, comme je disais, 1 % de plus d'intégration dans le régime de santé, ça représente 184 millions de dollars d'économies potentielles, ça fait que...

M. Ciccone : Vous avez parlé, un peu tôt, des substitutions. Alors, sur les substitutions des médicaments, auriez-vous des outils à proposer, justement, pour faciliter le travail des pharmaciens?

M. Ouellet (Christian) : Bien, je pense que les pharmaciens sont déjà... l'Ordre des pharmaciens est déjà venu présenter des moyens. Ils sont plus habilités à répondre que nous sur des moyens pointus et techniques de faire les substitutions. Mais l'important, c'est d'avoir la bonne façon, le bon processus d'information qui puisse circuler entre le pharmacien, le médecin, que l'information... Avec le Dossier santé Québec, ça aide beaucoup d'avoir, aussi, toute cette information-là. Je pense, la marge de manoeuvre existe déjà, ils ont déjà les moyens pour le faire.

M. Ciccone : Mais, pour s'assurer que le médicament, il n'est pas «back order», si vous me permettez l'expression, là, tu sais, on ne pourrait pas avoir un outil, justement, en temps réel, qui pourrait dire, justement, aux médecins : Ce médicament-là, il n'est pas disponible présentement, il n'est pas en pharmacie? Est-ce que ce serait un bon outil, ça, justement, à donner aux médecins, avant de prescrire, qui pourraient l'avoir en temps réel, là?

M. Ouellet (Christian) : La réalité, c'est que, souvent, c'est... dans un volume de pharmacien, c'est beaucoup de la répétition de prescriptions. Si on regarde l'ensemble de la nouvelle... ce que vous mentionnez, votre exemple est intéressant, là, d'avoir des trucs en temps réel, mais la réalité des choses, c'est que la vaste majorité des patients, c'est une répétition ou un renouvellement de prescription dans lequel, là, c'est plus les systèmes en pharmacie qui deviennent efficaces, parce que les patients ne retournent pas à tous les mois voir leur médecin, là, alors ils vont... c'est plus... Dans ce contexte-là, il faut que les chaînes d'approvisionnement de pharmacies, les grossistes et les fabricants soient de plus

en plus... partageant de plus en plus d'information pour arriver au point que vous souhaitez, là. Mais je comprends la logique où est-ce que vous voulez aller, là.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. C'est tout pour moi.

Le Président (M. Provençal) : Je cède la parole au député de Viau.

M. Benjamin : Merci. Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Merci pour la présentation de votre mémoire, très intéressant.

Moi, je vous amène sur le chantier de la rémunération, puisque, dans votre mémoire, à deux ou trois reprises, vous parlez de la nécessaire de rémunérer les médecins... les pharmaciens, pardon, de manière adéquate. Il y a une enquête qui a été réalisée par *Protégez-Vous* en 2017 qui parle... et qui dit ceci à propos des rémunérations : « Dans le secteur privé, des honoraires pharmaceutiques de 50 % à 225 % plus élevés que ceux du secteur public ont été observés. » J'aimerais avoir votre commentaire là-dessus, quand on parle de l'enjeu important, effectivement, je suis d'accord avec vous, de la rémunération adéquate des pharmaciens.

M. Lamoureux (Eric) : Comme vous savez, au Québec, il y a le système privé, puis il y a le système public, puis il y a des règlements où est-ce qu'il y a des plafonnements sur les allocations professionnelles, au niveau public, de 15 %. Il y a des lois, il y a un encadrement réglementaire autour de ça. Pour nous, à l'ACMG, c'est important que, si le médicament est sur la liste de la RAMQ — il y a plusieurs milliers de médicaments sur la liste de la RAMQ, comme vous le savez — tant et aussi longtemps qu'il est sur la liste puis qu'il est vendu sur le territoire québécois, tout le monde devrait être assujéti au même règlement puis au même plafonnement.

M. Ouellet (Christian) : En complémentaire, peut-être, ça va être... parce que votre question portait sur l'enquête de *Protégez-Vous*, c'est qu'on faisait mention, au niveau des honoraires professionnels chargés aux gens qui bénéficient d'une assurance privée, dans lequel les pourcentages, c'est le... ce que l'AQPP appellerait le prix usuel et coutumier, dans lequel le... Parce que les honoraires, à la RAMQ... quand vous avez une prescription, vous êtes assuré à la RAMQ, vous arrivez à la pharmacie, vous faites remplir votre prescription, l'honoraire est fixe et déterminé par règlement, O.K., on connaît le montant, alors que, du côté privé, le pharmacien est, entre guillemets, libre de facturer à l'assureur privé, à votre assureur privé, le prix qu'il juge usuel et coutumier pour remplir la prescription, alors il y a beaucoup de variances d'une pharmacie à l'autre. Et c'est d'ailleurs l'ancien gouvernement... le gouvernement qui était issu de votre formation politique avait proposé la facturation détaillée, qui visait à répondre en partie à ce problème-là, de façon à ce que les patients aient l'information sur quelle est la valeur du coût du médicament, la marge au grossiste et ainsi que l'honoraire professionnel qui a été chargé.

Malheureusement, ça ne s'applique pas aux molécules qui ne sont pas inscrites au régime québécois d'assurance médicaments. Alors, la pierre angulaire de la réglementation repose sur le principe de l'inscription. Et, comme certains médicaments ne le sont pas, bien là, bien, il peut y avoir des écarts dans ce contexte-là, puis on encouragerait le gouvernement à explorer cette voie-là, que ce soit...

M. Benjamin : Vous parlez du précédent gouvernement, donc revenons, justement, à cette entente, entente de 2017, entre votre association et le précédent gouvernement. C'est une entente qui avait permis des économies de plus de 1,5 milliard de dollars aux contribuables québécois, ce qui représente, comme vous l'avez dit tout à l'heure, plus de 300 millions annuellement. Est-ce que le p.l. n° 31, le projet de loi que nous étudions actuellement, peut apporter des complications à la mise en oeuvre de cette entente-là?

M. Lamoureux (Eric) : Pour l'association, non, le projet de loi n° 31 n'apporte pas de complications par rapport à cette entente-là. Elle est toujours en vigueur — d'ailleurs, on est dans notre deuxième année — elle va jusqu'en 2022, puis on collabore avec le gouvernement actuel à la mise en oeuvre de cette entente-là, donc on voit ça d'un oeil positif.

Le Président (M. Provençal) : 30 secondes.

M. Benjamin : 30 secondes. Alors, je comprends que cette clause pourrait nuire ou ne pourrait pas nuire à l'intégration des médicaments génériques au Québec?

M. Lamoureux (Eric) : Non, non, selon nous, le projet de loi ne nuirait pas à l'intégration des médicaments génériques dans le système de santé québécois, non.

M. Benjamin : Parfait. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je cède maintenant la parole au député de Jean-Lesage, responsable du deuxième groupe d'opposition.

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Je voudrais revenir sur un sujet qui a été abordé par le député de Chapleau, plus tôt, par rapport aux iniquités qui seraient augmentées dans le fait de confier, par exemple, plus d'actes aux pharmaciens.

Évidemment, je pense que l'argumentaire amené par la centrale syndicale, là, ne porte pas sur la délégation d'actes en tant que telle, qui est en soi, je pense, une bonne chose, mais ça vient du fait, en fait, qu'une fois qu'on donne ces actes-là à des pharmaciens, bien, les pharmaciens ne vont pas nécessairement charger la même chose à quelqu'un qui est couvert par la RAMQ ou par une assurance privée. Et donc plus on fait faire d'actes aux pharmaciens, bien, plus cette situation-là est importante. Et la solution à ça, évidemment, ce n'est pas ne pas voter pour le projet de loi n° 31, là, ce n'est pas ne pas faire de délégation d'actes, mais c'est d'avoir, au lieu d'un système hybride d'assurances au Québec, privé-public, bien, d'avoir un seul système public universel qui couvre tout le monde. Et je voudrais savoir quelle est la position de votre association par rapport à la possibilité d'un régime d'assurance médicaments universel public.

M. Keon (Jim) : En général, l'association ne prend pas beaucoup... ne prend pas une position forte dans ce débat. Nous sommes les manufacturiers, nous manufacturons les produits génériques à un coût abordable, et c'est une question sociale, une question pour le gouvernement de décider si on veut avoir un système universel ou non. Mais notre rôle est de fabriquer les produits à un coût abordable, et on a plus de marge pour faire ça.

M. Lamoureux (Eric) : En bout de ligne pour nous, peu importe le système, on veut juste que les médicaments génériques aient une meilleure intégration, peu importe le système, en bout de ligne. Ça fait qu'on croit juste qu'il devrait y avoir une présence plus présente encore pour apporter les économies au système québécois.

M. Zanetti : Parfait, je comprends. Juste clarifier, dans le fond, du point de vue des entreprises que vous représentez, il n'y aurait pas de différence à ce que, finalement, il y ait une couverture purement publique, ou une couverture hybride, ou une couverture purement privée. Ça ne ferait pas différence sur vos intérêts économiques, par exemple.

M. Lamoureux (Eric) : Il y a deux... bien, ça dépend, encore une fois, de l'intégration des médicaments génériques par rapport à ce programme-là ou ce système-là. Donc, ça, c'est la partie un de ma réponse.

Deuxième, deux, c'est important pour nous et pour nos membres que tout le monde soit assujéti aux mêmes règles, aux mêmes lois lorsqu'on fait affaire sur un territoire comme au Québec.

• (10 h 40) •

M. Zanetti : Parfait. Je vous remercie. Ça va être tout pour moi.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Nous terminons ce premier bloc d'échange avec le député de Jonquière.

M. Gaudreault : Oui, merci. Merci beaucoup. Je voudrais que vous nous parliez un peu plus de la présence de l'industrie du médicament générique au Québec versus le médicament, versus l'industrie pharmaceutique en général ou la présence ailleurs dans d'autres législations, là, dans d'autres pays ou dans d'autres États.

M. Lamoureux (Eric) : Par rapport au système public, le Québec s'accote très bien. On a quand même une pénétration, là, au niveau des médicaments génériques, entourant les 80 %. Ça fait que c'est quand même très intéressant.

M. Gaudreault : Mais l'industrie, l'implantation de l'industrie...

M. Lamoureux (Eric) : De l'industrie...

M. Gaudreault : Bien, des entreprises. Est-ce qu'on peut dire que le Québec se distingue au niveau des laboratoires, au niveau de la fabrication au Québec, par ailleurs, par rapport à d'autres États?

M. Lamoureux (Eric) : C'est une très bonne question. Je vais peut-être laisser le membre d'un manufacturier répondre, il est peut-être en meilleure position de le faire.

M. Ouellet (Christian) : Dans les membres de l'ACMG, il y a deux grands membres : Sandoz, mon employeur, et Pharmascience. On est deux grandes entreprises membres de l'ACMG qui ont des installations de production et leurs sièges sociaux canadiens en sol québécois. Il y a aussi d'autres compagnies non membres de l'ACMG, mais qui font partie de l'écosystème générique, qui sont aussi présentes sur le territoire québécois, alors ils sont des sources de création d'emplois. Puis aussi, d'avoir la fabrication domestique, c'est toujours une plus-value dans le système de santé, d'avoir accès à une source de production qui est proche et qui est accessible.

M. Gaudreault : Mais est-ce qu'on peut dire qu'on se distingue un peu plus, au Québec, par rapport à d'autres États ou c'est à peu près similaire, sans faire de mauvais jeu de mots, là?

M. Ouellet (Christian) : Non, non, non, c'est correct. Bien, tout ça vient avec les politiques de prix et de réglementation, hein? Il y a toujours... l'offre doit croiser la demande à tous égards. Et c'est sûr que la récente négociation qu'on a menée avec le gouvernement du Québec en 2017, avec une compression importante des prix, ça n'envoie pas nécessairement un signal d'investissement additionnel pour d'autres entreprises qui voudraient prendre de l'expansion, quand les prix descendent de 37 %, là. Alors, vous comprenez qu'on est moins dans... mais néanmoins il y a des investissements qui se font, il y a toujours de l'embauche qui se fait par ces entreprises-là à un rythme, évidemment, qui va avec l'évolution du marché.

M. Keon (Jim) : Et Pharmascience est la plus grande compagnie pharmaceutique au Québec, compagnie générique. Et, juste pour être clair, au Canada, Québec représente probablement un tiers des employés au Canada et deux tiers en Ontario. Alors, ce sont les deux grandes villes, Toronto et Montréal, où on trouve l'industrie.

M. Gaudreault : Les plus grandes places de l'industrie. Est-ce qu'il me reste un peu de temps? Oui. Je voulais savoir, là, vous trouvez que le projet de loi n° 31 tombe bien, mais, en soi, sans projet de loi n° 31, on pourrait quand même soutenir davantage la présence du générique, par exemple, dans les traitements ou dans les prescriptions. Là, il y a une fenêtre qui s'ouvre avec le projet de loi n° 31, mais, en soi, on pourrait passer par d'autres manières ou d'autres procédures, mais là il y a comme une fenêtre, là.

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

M. Lamoureux (Eric) : Oui, oui, pas de problème. Tout à fait, le projet de loi n° 31 ne nuit pas à l'intégration. Et tout ce qu'on dit, nous, c'est que ça va aider à désengorger les hôpitaux, ça va apporter des économies, des marges de manoeuvre au gouvernement. Puis, pour nous, c'est important, parce que notre industrie, on est en période d'ajustement suite à avoir baissé nos prix par autant au cours des dernières années.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie les membres de l'Association canadienne du médicament générique 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 10 h 44)

(Reprise à 10 h 46)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants du Réseau FADOQ. 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. À vous la parole.

Réseau FADOQ

Mme Tassé-Goodman (Gisèle) : M. le Président, je vous remercie. Mme la ministre, Mmes et MM. les parlementaires, je me nomme Gisèle Tassé-Goodman, je suis présidente du Réseau FADOQ. Je remercie les membres de la commission pour cette invitation à exprimer le point de vue du Réseau FADOQ en lien avec le projet de loi n° 31. J'aimerais d'abord présenter les gens qui m'accompagnent : M. Danis Prud'homme, directeur général du Réseau FADOQ, ainsi que M. Philippe Poirier-Monette, conseiller en droits collectifs de notre organisation.

Je débiterais donc avec un exposé dans lequel je présenterais le Réseau FADOQ pour ensuite exprimer le point de vue de notre organisation sur le projet de loi n° 31. Par la suite, M. Danis Prud'homme répondra aux questions des membres de la commission.

Le Réseau FADOQ est un regroupement de personnes de 50 ans et plus qui compte plus de 535 000 membres. Notre organisation effectue des représentations politiques de différentes instances dans le but de conserver et d'améliorer la qualité de vie des aînés d'aujourd'hui et de demain. Ainsi, le Réseau FADOQ profite de toutes les tribunes, dont celle-ci, pour susciter une prise de conscience afin que la voix des aînés soit représentée et surtout considérée dans les enjeux politiques.

D'emblée, le Réseau FADOQ souligne que le projet de loi n° 31 est accueilli favorablement par le Réseau FADOQ. Ce projet de loi s'inscrit dans la même lignée que la loi modifiant la loi des pharmacies adoptée en 2011. Comme vous le savez sans doute, pour les membres du Réseau FADOQ, les soins de santé constituent une grande priorité.

Dans son mémoire élaboré dans le cadre des dernières consultations prébudgétaires provinciales, le Réseau FADOQ recommandait au gouvernement du Québec de favoriser le décloisonnement des professions du domaine de la santé. Le décloisonnement apparaît pour le Réseau FADOQ comme une solution afin de répondre partiellement à l'enjeu de la pénurie de main-d'oeuvre dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, la possibilité pour les professionnels en soins d'effectuer plus d'actes médicaux permettra de rehausser notre système de santé. Il suffit de penser au temps perdu lorsqu'un patient pris en charge doit malgré tout attendre la venue d'un autre professionnel en soins afin de compléter son traitement.

Ce projet de loi améliorera également l'accessibilité géographique de certains actes médicaux. Les régions du Québec font souvent face à un manque criant de services de proximité. La pharmacie est parfois l'un des derniers commerces qui se maintient au coeur d'une communauté rurale et régionale.

Finalement, le décloisonnement des professions pourrait permettre au gouvernement du Québec de réaliser des économies. Il pourrait être possible qu'un acte fait par un travailleur affilié à un ordre professionnel soit effectué à un moindre coût par un autre travailleur affilié à un ordre professionnel différent.

• (10 h 50) •

Toutefois, le Réseau FADOQ souhaite interpeler le gouvernement à propos de l'objectif du projet de loi n° 31. Pour notre organisation, il importe que le projet de loi permette de rehausser l'offre de services en matière de soins de santé pour les citoyens et les citoyennes, mais le rehaussement de cette offre doit être lié à une accessibilité financière. Pour le

Réseau FADOQ, il importe de maintenir la gratuité des actes médicaux faisant l'objet de décloisonnement, si ces actes étaient traditionnellement couverts par la RAMQ, lorsqu'offerts par un autre professionnel en soins. L'argent doit suivre le patient, peu importe le milieu choisi par ce dernier pour l'obtention des soins. Ainsi, le Réseau FADOQ recommande que les actes cliniques permis dans le cadre du projet de loi n° 31 et qui ne touchent pas l'exécution d'une ordonnance de médicament soient couverts par la RAMQ. Il en va de même pour les actes cliniques permis dans le cadre de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie, adoptée en 2011.

Par ailleurs, nous profitons de cette tribune afin de demander au gouvernement du Québec de réviser l'échelle de contribution pour l'achat de médicaments en ce qui concerne les personnes admissibles au supplément de revenu garanti. Actuellement, les individus recevant le supplément de revenu garanti au taux de 94 % à 100 % sont couverts gratuitement par le régime public d'assurance médicaments. Toutefois, les personnes recevant de 1 % à 93 % du supplément de revenu garanti doivent assumer la même contribution que toute autre personne inscrite au régime public d'assurance médicaments du Québec. Concrètement, une personne ayant accès à 93 % du supplément de revenu garanti recevra une prestation de 100 \$ inférieure à un individu recevant 94 % du supplément de revenu garanti. Cette personne devra également assumer des frais pour l'achat de médicaments pouvant représenter jusqu'à 1 117 \$ annuellement. Le Réseau FADOQ recommande au gouvernement du Québec de revoir l'échelle de contribution pour l'achat de médicaments en ce qui concerne les personnes admissibles au supplément de revenu garanti. Pour notre organisation, il importe de maintenir la gratuité pour les personnes recevant de 94 % à 100 % de cette allocation. Toutefois, il est nécessaire d'instaurer une contribution progressive pour l'achat de médicaments pour les personnes recevant de 1 % à 93 % du supplément de revenu garanti.

Par ailleurs, notre organisation suggère au gouvernement d'accélérer le décloisonnement des professions du domaine de la santé. Le gouvernement est déjà engagé dans cette voie par les projets de loi n°s 29 et 31. Il nous apparaît essentiel d'instaurer un chantier afin d'entamer une réflexion globale sur le système de santé, laquelle mettrait à contribution l'ensemble des professionnels de la santé.

Finalement, le Réseau FADOQ suggère au gouvernement du Québec de mener une campagne d'information sur la réforme engendrée par le projet de loi n° 31. Advenant une couverture par la RAMQ des actes qui ne touchent pas l'exécution d'une ordonnance de médicament, cette campagne d'information sera d'autant plus pertinente afin d'inviter les patients à modifier leurs habitudes de sorte qu'ils sollicitent les pharmaciens lors de situations où leur expertise peut être mise à contribution.

J'aimerais remercier les membres de la commission de nous avoir écoutés. Nous sommes maintenant disposés à répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre exposé. Nous débutons la période d'échange avec Mme la ministre. Je vous cède la parole.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, Mme Tassé-Goodman, M. Prud'homme et M. Poirier-Monette. Merci de votre présentation, Mme Tassé-Goodman, très intéressant et très important dans le cadre de ce projet de loi, mais en général.

Vous savez, comme gouvernement, toute la question des aînés et de l'offre de services en santé et en services sociaux pour les aînés du Québec est au coeur de nos préoccupations, et c'est pour ça qu'aujourd'hui j'aimerais vraiment vous entendre élaborer sur certains points que vous avez énoncés.

Il est sûr que... j'ai bien noté votre préoccupation par rapport aux aînés qui bénéficient du revenu garanti et de votre préoccupation quant à la contribution progressive — vous avez bien mentionné progressive — que vous recommanderiez pour les personnes qui ont cette subvention de 1 % à 93 %, là. Alors, je veux vous dire aujourd'hui que je l'ai bien noté, que nous allons analyser votre recommandation. Évidemment, je ne peux pas présumer du résultat, mais on est sensibles, vraiment, à ce que vous dites... de supplément de revenu garanti, excusez-moi. Donc, là-dessus, c'est bien noté.

On ne peut pas sous-estimer l'importance du rôle du pharmacien, vous avez raison, en regard de la clientèle des aînés. Et, en passant, je veux vous dire aussi que j'ai plusieurs contacts avec des réseaux FADOQ, notamment dans mon comté, et vous jouez un rôle, vraiment, au niveau de la prévention, au niveau de la santé des aînés, qu'il faut vraiment souligner.

Donc, je reviens au pharmacien, et j'aimerais vous entendre sur la réalité de nos aînés en regard des services de pharmacie. Comment pourraient-ils bénéficier davantage de cette offre de services dans le cadre du projet de loi n° 31, mais en général aussi? Vous avez raison, dans certains territoires, c'est la pharmacie, là, qui est au coeur, là, des soins. Et évidemment on parle aussi d'une collaboration très grande entre les pharmaciens et les médecins, c'est clair, et avec les autres professionnels. Mais parlez-moi, parlez-nous de la réalité de ce que vivent nos aînés en regard des services pharmaceutiques, actuellement, pharmaciens, oui.

M. Prud'homme (Danis) : En fait, je pense, ce qui est très important, c'est... Dans un premier temps, on parlait, dans les recommandations, d'avoir une campagne d'information au niveau du projet de loi n° 31. Je dirais qu'on pourrait l'appliquer, en général, aux services qu'un pharmacien peut rendre à un client en tant que tel. On a effectivement effectué un sondage, il y a quelques années, à cet effet-là, et on s'est rendu compte que les aînés, nos membres, ne réalisaient pas à quel point le pharmacien pouvait être utile dans bien des cas, au niveau... que ce soit de leur médication, de petits problèmes qu'ils ont, des... Donc, ils avaient un manque d'information par rapport à jusqu'à quel point ils pouvaient se fier sur leur pharmacien pour en savoir davantage ou les aider dans ce cas-là. Ça, c'est une première chose.

La deuxième, évidemment, c'est au niveau de tout ce que le pharmacien peut prodiguer comme services et comme soins. L'autre facteur qui est ressorti, évidemment, c'est... si c'est couvert par la RAMQ, et on le mentionne dans notre mémoire, bien, en fait, si c'est transféré au pharmacien, le service ou le soin, celui-ci doit être aussi, en tant que tel, couvert

par la RAMQ. Donc, ça c'est des choses que les gens, lorsqu'un service est transféré, s'il y a des frais additionnels... puis je ne rentrerai pas dans les frais accessoires, mais c'est un peu du même style, c'est-à-dire ça va être une barrière, un freinage. Donc, si on veut que le pharmacien rende plus de services mais qu'il y a des frais attachés à ça, les gens ne sont pas prêts à les payer, parce que, dans bien des cas, on l'a mentionné, plus du tiers des Québécois, en fait, font moins de 20 000 \$, au niveau des 65 ans et plus.

Mme McCann : Oui, effectivement. Et on a de plus en plus des aînés qui vivent longtemps, des personnes très, très âgées qui sont à domicile et qui ne peuvent pas nécessairement se déplacer à la pharmacie. Est-ce que vous, vous voyez, là, un potentiel de ce côté-là? Qu'est-ce qui est vécu, actuellement, là, dans la réalité de nos aînés très âgés, à savoir est-ce que les pharmaciens pourraient jouer un rôle encore plus grand? Là, on parle du téléphone, hein, des consultations téléphoniques. Qu'est-ce que vous avez, comme échos, et qu'est-ce que vous voyez comme possibilités de ce côté-là?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, c'est sûr que, quand on mentionnait que, souvent, la pharmacie est un des derniers fanions de proximité au niveau soit des localités ou dans certaines régions plus éloignées, il va de soi que c'est un service qu'on offre à la population, donc, évidemment, on a vu des choses... Je me rappelle, quand j'étais jeune, on voyait beaucoup de livraisons par les pharmacies, de médicaments, et on a commencé à revoir des annonces publicitaires à la télé à cet effet-là. Donc, je pense que... C'est un exemple que je donne, peut-être, plutôt banal, mais ce que ça englobe, comme exemple, dans le fond, c'est qu'au niveau des soins et des services, oui, je pense que la population doit être mieux informée et, oui, je pense qu'au niveau des pharmaciens, il y a lieu de regarder comment on pourrait ajouter aux soins et services rendus pour les personnes, notamment pour celles qui sont à domicile ou isolées à domicile à cause de leur état.

Mme McCann : Puis vous parlez d'information, vous en avez parlé dans votre mémoire, dans votre présentation, parce que, là aussi, il y a un gros défi. Est-ce que vous avez quelques recommandations, des idées par rapport à l'information, comment s'y prendre pour rejoindre nos aînés pour que, vraiment, ce soit clair, là, les services qui peuvent être rendus par les pharmaciens?

• (11 heures) •

M. Prud'homme (Danis) : En fait, je pense qu'il y a beaucoup de façons de voir ça. Dans un premier temps, je pense que, tout ce qui est télé, radio et journaux, nos aînés sont encore quand même... surtout pour les plus âgés, ce sont des médias qui sont beaucoup utilisés, beaucoup lus, regardés et écoutés.

La deuxième chose que je pourrais mentionner, c'est : les organisations communautaires comme la nôtre, on a un pouvoir, on a 535 000 membres, on a un des plus grands magazines au Québec qui est distribué à la porte à chacun de nos membres, donc, à la base, on peut aussi utiliser des organisations similaires aux nôtres pour pouvoir diffuser le service davantage, donner l'information quant aux différents services et soins.

Troisièmement, évidemment, on est dans une ère numérique, et on n'a rien contre ça, bien au contraire, par contre il ne faut pas oublier que... et on a vu, malheureusement, des transformations, dans le passé, où on est allés uniquement vers le numérique, et là on vient d'isoler une grande quantité de personnes pour deux raisons : dans un premier temps, on n'a pas, malheureusement, encore Internet partout au Québec; deuxièmement, ce n'est pas tout le monde, je l'ai mentionné tout à l'heure par rapport au revenu annuel, qui peut se permettre d'acheter et de se payer les services mensuels qu'on a besoin.

Mme McCann : D'accord, oui, merci pour ça. Je veux aller sur un autre sujet que vous avez mentionné d'entrée de jeu, le décloisonnement des professions, le décloisonnement des pratiques, hein? Vous dites, dans le fond : On devrait le faire même globalement, décloisonner les pratiques en général. Vous faites allusion au projet de loi actuel, au projet de loi n° 29 aussi. Qu'est-ce que vous voyez d'autre en termes de décloisonnement des pratiques?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, si on regarde différents systèmes ailleurs dans le monde, c'est un système, en fait, circulaire, où tout le monde contribue, que ce soient des organisations communautaires... dans certains pays, les organisations communautaires sont le pilier ou le point d'entrée par rapport à une personne qui a une certaine problématique côté santé, et donc, vraiment, c'est une meilleure coordination — et ça fait quand même plusieurs années qu'on le mentionne — au niveau des différents professionnels de la santé, au niveau des différents services et soins offerts par rapport à une région, par rapport à une autre. Donc, ça, c'est dans un premier temps, de ce côté-là.

Dans un deuxième temps, évidemment, dans l'optique où on mentionne qu'on est en faveur, c'est qu'aussi on doit avoir un débat en dehors de celui-ci par rapport à notre système de santé. C'est quoi, l'avenir de notre système de santé face à une population vieillissante? Notamment, en 2011, on avait 150 000 85 ans et plus, en 2041 on en aura 600 000. Prenant, à 85 ans et plus, que notre corps commence à avoir des défaillances, bien, on va avoir besoin de soutenir davantage, ne serait-ce — je prends une problématique — alzheimer et maladies apparentées. Donc, on a besoin d'un débat beaucoup plus global sur le système de santé pour savoir comment on va faire pour les 30, 40 années à venir pour soutenir tout ça à ce niveau-là.

Mme McCann : D'accord. Et le décloisonnement des pratiques fait partie de ce que vous voyez, de la vision que vous avez pour augmenter, améliorer l'offre de services?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, à la base, oui, on le mentionne, c'est que c'est un des effets positifs, c'est-à-dire, si on transfère des actes à un pharmacien, à titre d'exemple, ce qu'on est en train de discuter ici, bien, ça peut libérer le médecin pour faire d'autres actes. À ce moment-ci, on sait qu'il y a une pénurie au niveau de la main-d'oeuvre dans le

milieu de la santé. Donc, en ayant des actes et des décloisonnements, je pense qu'on peut, à certains niveaux et non pas au complet, subvenir à une certaine pénurie de la main-d'oeuvre et améliorer le service. Mais il y a une limite à ça, et c'est pour ça qu'on parlait de débat, plus loin, au niveau de la santé.

Mme McCann : Vous avez mentionné les organismes communautaires, entre autres, d'autres avenues, même, au niveau du décloisonnement, donc de réorganiser, d'une certaine façon, en mettant à profit même d'autres acteurs, là, qui travaillent beaucoup en lien avec le réseau mais qui pourraient jouer un rôle plus important. C'est ce que je comprends de ce que vous dites.

M. Prud'homme (Danis) : Tout à fait, puis on en a... si on pense aux fédérations au niveau des services et soins à domicile, si on a la popote roulante, j'en mentionne quelques-uns comme ça, mais c'est des services qui viennent, justement, s'ajouter, donc qui viennent créer une synergie pour créer un meilleur service au niveau de nos personnes qui en ont besoin.

Mme McCann : D'accord. Merci.

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Chapleau, à vous la parole.

M. Lévesque (Chapleau) : Merci, M. le Président. Merci de votre présentation, merci d'être ici avec nous aujourd'hui. D'abord, Mme Tassé-Goodman, félicitations pour votre élection en tant que présidente de la FADOQ! Depuis 2016, vous étiez, là, présidente du réseau en Outaouais, donc, félicitations! C'est très bien pour ma belle région de l'Outaouais. Puis on avait eu l'occasion, vous et moi, de se voir lors du débat, là, de la campagne électorale à Campus 3, dans Chapleau, puis également sur la rue Saint-Arthur, dans le fond, à la FADOQ régionale. Donc, félicitations!

Mme Tassé-Goodman (Gisèle) : Non, ce n'était pas à Campus 3, qu'on s'était vus au niveau du débat, c'était Équité Outaouais, souvenez-vous, du côté de la santé, oui.

M. Lévesque (Chapleau) : Équité Outaouais, c'est vrai. C'est vrai, c'est vrai, c'est là qu'on s'était vus aussi, oui, exactement, vous avez bien raison. Ma mémoire me faisait défaut, mais c'était bien... un plaisir de vous voir.

Donc, vous aviez dit, le 9 juillet dernier, que «le Québec vieillit à un rythme effréné, et la demande en soins de santé continuera de croître fortement. Il faut faire preuve d'ingéniosité pour affronter ces défis, et le réseau FADOQ estime que les projets de loi n^{os} 29 et 31 s'inscrivent dans cette optique.» Donc, vous avez tout à fait raison lorsque vous dites ça, donc, la société vieillit rapidement, et ça amène, bien entendu, son lot de difficultés, là, chez vos membres. Vous reconnaissez donc, en quelque sorte, que le projet de loi est ancré dans la réalité de la situation actuelle du réseau de la santé et des aînés. Dans le fond, ce qu'on tente de faire avec le projet de loi, c'est d'offrir aux citoyens québécois une solution qui va dans ce sens-là, pour les aînés également. Seriez-vous d'accord avec le principe du projet de loi n^o 31, qui est, dans le fond, dans son essence, de vouloir désengorger l'accès aux soins de première ligne, à commencer notamment par les urgences, mais l'ensemble de la première ligne?

M. Prud'homme (Danis) : Tout à fait. En fait, c'est ce qu'on mentionne au niveau de dire : Si on décloisonne à ce niveau-là, on va être en mesure d'offrir des services, on va pouvoir désengorger d'autres services, donc de pouvoir donner plus de services à des citoyens au niveau, par exemple, des médecins, là, quand on parle des actes qu'on tente faire chez le pharmacien, effectivement.

M. Lévesque (Chapleau) : Est-ce que, pour les aînés également, ça aura un impact significatif?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, ça va avoir un impact significatif tant et aussi longtemps que les actes qui sont couverts vont demeurer couverts, dans un premier temps, et on le mentionne. Et, dans un deuxième temps, on va même un peu plus loin au niveau de certains actes qui devraient être couverts par rapport à ce qui est arrivé à la loi en 2011. Donc, à la base, et on le dit, c'est que le projet de loi, c'est pour une accessibilité, ce n'est pas une accessibilité selon nos moyens. Donc, nous, c'est vraiment ça qui est important.

M. Lévesque (Chapleau) : D'accord. Peut-être une autre petite question pour vous. Vous avez parlé de campagne d'information, de sensibilisation. Ça ressemblerait à quoi? Ce serait quoi, votre campagne idéale?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, il y a des spécialistes qui pourraient très bien se prononcer. On voit tellement de bonnes publicités à la télé. Ce n'est pas notre domaine d'expertise, mais ce que je dirais, je reviens à ce que je disais tout à l'heure par rapport aux moyens, il va être important d'utiliser tous les moyens et non pas uniquement un moyen.

M. Lévesque (Chapleau) : D'accord. C'est ça, vous avez émis une certaine réserve ou, du moins, une certaine... en lien avec certaines technologies, là, donc essayer d'aller plus large que plus restrictif, c'est bien ça?

M. Prud'homme (Danis) : Tout à fait, d'être plus large que restrictif, donc de ne pas se concentrer seulement sur les médias électroniques.

M. Lévesque (Chapleau) : D'accord. Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : J'invite la députée de Soulanges à poursuivre l'échange avec les membres de la FADOQ. Alors, à vous la parole.

Mme Picard : Merci, M. le Président. Moi, j'aimerais vous parler de la vaccination. Hier, j'ai participé au Forum sur l'immunisation, à Montréal, qui avait lieu, et puis j'ai remarqué à quel point on cherche à avoir une meilleure couverture de la vaccination au Québec, et puis c'est sûr que le projet de loi n° 31 va pouvoir améliorer l'accès, j'imagine. Mais comment voyez-vous que les personnes âgées vont... leur lien avec la vaccination, est-ce qu'il va changer? Est-ce que vous pensez qu'ils vont vraiment accéder à la pharmacie? Est-ce que ce lien-là est déjà bien établi ou, justement, on va avoir encore de la promotion à faire à ce niveau-là?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, je pense qu'il va y avoir de la promotion à faire encore et toujours, dans un premier temps, à ce niveau-là. La deuxième chose, je pense que, si on parle de vaccination, et on s'est déjà prononcé à cet effet-là aussi, je pense que la couverture chez nos aînés les plus démunis, 65 ans et plus notamment... ont mentionné au niveau des revenus. Et généralement, chez les 65 ans et plus, parce que l'Organisation mondiale de la santé l'a dit, la vaccination au niveau de la grippe, des pneumocoques... Nous, ce qu'on dit, c'est : Évidemment, si on regarde la vaccination, couvrons aussi un autre qui a un effet quand même assez néfaste, qui est le zona, c'est ce qu'on a soumis. Donc, oui, la vaccination est importante. Au niveau de la vaccination, c'est la même chose que les services, si c'est couvert, les gens vont en bénéficier. Si les gens doivent payer, il y en a une grande partie qui ne pourront pas se le payer.

Mme Picard : Ils vont avoir quand même le réflexe d'aller à la pharmacie plutôt qu'aller voir le médecin de famille, vous pensez?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, on va avoir le réflexe si c'est un service qu'on pense qu'on peut avoir. Si on pense qu'on peut l'avoir ou qu'on ne peut pas l'avoir, parce qu'on ne peut pas se le payer, ça ne changera pas où le service est donné.

Mme Picard : D'accord. Merci beaucoup.

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

Mme McCann : Il reste encore quelques secondes, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : 1 min 15 s.

Mme McCann : 1 min 15 s. Sur la vaccination, je comprends votre préoccupation par rapport à la franchise, là. Bon, disons qu'on met ça de côté pour un instant, là, est-ce que vous pensez que le fait que ça soit offert en pharmacie va augmenter l'accessibilité pour les aînés?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, écoutez, si c'est plus facile pour eux, c'est-à-dire que de se présenter dans différentes autres cliniques qui existent, évidemment, on l'a mentionné, lieu de proximité par la pharmacie, au niveau local, dans certaines régions éloignées, oui, je pense que ça pourrait améliorer, effectivement, le fait que les gens vont aller davantage pour se chercher le vaccin, si c'est plus accessible d'aller le chercher.

• (11 h 10) •

Mme McCann : À cause de la proximité géographique, là, comme vous le mentionnez tout à l'heure. Et, dans les quelques secondes qu'il reste — est-ce qu'il en reste, M. le Président? — le travail conjoint pharmacien et médecin, du point de vue des aînés, juste quelques mots là-dessus, est-ce qu'il y a des réflexions qui vous sont transmises? Est-ce que les gens trouvent que c'est une collaboration proche? Qu'est-ce que vous avez comme commentaires?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, ce que je dirais, si on se fie au sondage qu'on a effectué, c'est que les gens ont une grande confiance en leur pharmacien parce que c'est une personne qu'ils vont voir beaucoup plus souvent pour plein de raisons. Donc, à la base, je pense que le tandem de faire une bonne équipe pour créer une synergie, c'est tout à l'avantage autant des professionnels que du client.

Mme McCann : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. La parole appartient au député de Marquette.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour à vous trois. D'entrée de jeu, je tiens à vous mentionner qu'à partir d'avril prochain je pourrai faire partie de votre belle organisation, puis je suis content de rencontrer les dirigeants. Merci beaucoup d'être là.

Dans votre mémoire, à la page 7, vous parlez de votre précédente proposition, puis votre précédente proposition, ça, ça a été fait aux dernières consultations prébudgétaires au provincial, vous proposiez au gouvernement «d'instaurer un chantier avec les différents ordres professionnels afin de permettre au personnel oeuvrant en santé d'effectuer plus d'actes médicaux». Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce niveau-là?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, si on fait le lien avec le projet de loi qu'on discute aujourd'hui, le projet de loi de la pharmacie, les hygiénistes dentaires, donc, dans le fond, c'est d'essayer de décloisonner pour que les gens... les bonnes personnes puissent donner le service pour non pas être plus efficaces, parce que je pense qu'on est quand même assez efficaces dans ce qu'on fait aujourd'hui, mais d'être plus efficaces, donc non seulement de sauver des coûts si possible, ce qui n'est pas nécessairement à prime abord, mais... sauver des coûts, tant mieux si c'est possible, mais surtout désengorger d'autres professions qui pourraient bénéficier davantage de donner un autre service.

M. Ciccone : Et, présentement, où sont ces échanges-là avec le gouvernement? Avez-vous reçu un appel, à ce niveau-là, suite à vos propositions?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, au niveau... dans le projet de loi, on en mentionne, mais je pense que... dans notre mémoire, pardon, on en mentionne, mais je reviens à ce que je disais, je pense qu'il faut se pencher davantage sur un débat par rapport à notre système de santé pour non seulement, et je l'ai mentionné tout à l'heure, avoir une efficience accrue, mais pour s'assurer qu'on va être capables de se rendre pour les 30, 40 prochaines années, qui sont le vieillissement de la population. Et d'ailleurs, de façon très courte, il y a des travaux qui ont été faits au niveau pancanadien par l'Association médicale et plus d'une centaine d'organisations dont on faisait partie, où ça disait que, si on orientait — et il y a des experts mondiaux qui le disent — notre système de santé vers le vieillissement de la population — et je ne parle pas via les vieux, là, parce que les gens pensent tout le temps à ça, ce n'est pas du tout, le vieillissement de la population — on va desservir une grande partie de la population qui ne sera pas vieillissante à ce moment-là... bien, on vieillit tous, mais, je veux dire, qui ne sera pas rendue membre de la FADOQ, on va le dire comme ça.

M. Ciccone : Êtes-vous optimistes à l'effet qu'on va faciliter, justement, le réseau pour nos aînés ici, au Québec?

M. Prud'homme (Danis) : Je m'excuse?

M. Ciccone : Êtes-vous optimistes à l'effet qu'on va, justement, faciliter le...

M. Prud'homme (Danis) : Bien, je pense qu'on se doit d'être optimistes comme nature humaine, sans ça, ça ne sert pas, de vivre. Ça fait qu'il y a de l'espoir, il y a de la vie. Donc, oui, on est optimistes puis on collabore au maximum pour y arriver.

M. Ciccone : Formidable. Dans votre mémoire, également, vous recommandez au gouvernement du Québec «de revoir l'échelle de contribution pour l'achat [des] médicaments en ce qui concerne les personnes admissibles au supplément de revenu garanti», là, le SRG. Vous ajoutez qu'il vous «importe de maintenir la gratuité pour les personnes recevant de 94 % à 100 % du SRG. Toutefois, [qu'il] est nécessaire d'instaurer une contribution progressive pour l'achat [des] médicaments chez les personnes recevant de 1 % à 93 % du supplément de revenu garanti.» Avez-vous déjà une proposition de contribution, justement, progressive?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, non, parce que nous ne sommes pas les experts dans ce domaine. Par contre, ce qu'on sait, si on regarde au niveau des gens, les chiffres le démontrent bien, c'est que quelqu'un qui fait 93 % ne fait pas beaucoup d'argent, nécessairement, non plus et là doit assumer une franchise qui est quand même relativement élevée pour ces gens-là. Ça, c'est le premier constat qu'on fait.

Le deuxième constat qu'on fait, c'est : on est une province qui a lié avec le SRG le mécanisme de médicament gratuit, gratuité de médicament, et je pense qu'une échelle de 1 % à 93 %, prenons n'importe quelle, que ce soit l'impôt, que ce soit n'importe quoi d'autre, là, c'est un peu à côté de la track, comme on dirait en bon français. Ces gens-là n'ont pas les mêmes revenus, ces gens-là n'ont pas les mêmes capacités, mais on leur impose la même chose au niveau des médicaments. Non seulement ça, le SRG — puis j'arrête là avec la fiscalité — ce sont les gens les plus imposés. S'ils ont à retirer de l'argent, ils perdent 1 \$ plus une imposition sur leur revenu d'impôt lorsque l'argent est retiré l'année suivante, et ça peut monter jusqu'à 70 %. Il n'y a pas un citoyen québécois qui a une imposition de 70 %. Ça, c'est nos plus vulnérables. Donc, c'est pour ça qu'on demande d'ajuster l'échelle en conséquence.

M. Ciccone : Alors, je comprends que ce n'est pas votre champ d'expertise, la fiscalité, là, vous me l'avez bien dit, mais vous n'avez pas fait un estimé de combien ça pourrait coûter à l'État? Non, absolument pas?

M. Prud'homme (Danis) : Non, non, parce qu'à la base on comprend que le coût... oui, il faut avoir les coûts en tête, puis on n'est pas dans le «il fait beau, tout le monde est sur un nuage», là, mais je pense qu'il y a lieu de se pencher, parce que ça, ce n'est pas quelque chose qu'on doit négocier en faveur d'une feuille Excel pour arriver à zéro. Ces gens-là en ont besoin, et je pense qu'on doit revoir cette échelle-là.

M. Ciccone : Vous en parlez un peu plus tôt, mais, concrètement, là, à votre avis, pourquoi les actes cliniques permis dans le cadre de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie, adoptée en 2011, ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec, actuellement?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, en fait, je pense qu'il y a eu des négociations où, comme je l'ai dit, ce n'est pas notre champ d'expertise, donc on n'a pas à se mêler de ça. Par contre, en bout de ligne, le résultat, c'est... lorsqu'il y a des

actes, et je l'ai mentionné tout à l'heure, qui ne sont plus couverts alors qu'ils étaient couverts, à ce moment-là, les gens... c'est utopique de penser que ces gens... toutes les personnes, particulièrement nos 65 ans et plus, vont être capables de se payer ces actes-là, donc ils ne vont pas en bénéficier, puis ça ne va pas nécessairement désengorger le système. Si on retourne où c'est gratuit, on va rester où c'est gratuit.

M. Ciccone : Mais, d'après vous, là, qu'est-ce qui se passera, justement, si le gouvernement décide de ne pas couvrir ces actes-là pour nos aînés? Je veux dire...

M. Prud'homme (Danis) : En fait, pour nous, ça va être l'équivalent d'un coup d'épée dans l'eau, parce qu'on va vouloir désengorger, ça ne désengorgera pas autant qu'on voudrait, on voudrait qu'il y ait un service de proximité davantage avec le pharmacien, ça n'aura pas lieu autant qu'on voudrait. Donc, il va peut-être, quand même, y avoir un petit effet, mais ça ne sera pas l'effet escompté, surtout pas ce que nous, on entend, en tout cas.

M. Ciccone : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je cède la parole à notre collègue député de Viau.

M. Benjamin : Merci, M. le Président. Il nous reste combien de temps?

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste cinq minutes, M. le député.

M. Benjamin : Cinq minutes. Merci beaucoup. Merci pour votre mémoire. Donc, c'est un mémoire, je trouve, très bien documenté, très bien étoffé et qui présente, en fait, beaucoup les réalités que j'entends comme député de ma circonscription, celle de Viau. Et je vais prendre le temps de revenir, parce que je pense que c'est un enjeu important pour vous dans ce mémoire, tout ce qui est... quand on parle de l'accessibilité financière. Et je vais citer un extrait de votre mémoire, ensuite suivra ma question, lorsque vous rappelez les chiffres au sujet du revenu des aînés : «...50 % des personnes — au Canada — de 65 ans et plus vivent avec moins de 30 000 \$ et plus de 30 % de cette frange de la population vit avec moins de 20 000 \$. [C'est une] réalité [...] particulièrement difficile — vous dites — à vivre puisque les aînés du Québec font face à des dépenses majeures, en lien avec leur santé, dans une proportion plus importante que le reste de la population.» J'aimerais savoir : Est-ce que vous avez pu réaliser soit une analyse comparative entre la situation des aînés du Québec avec ceux des aînés des autres provinces canadiennes?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, le chiffre très facile qu'on peut vous donner, c'est... si on regarde le nombre d'aînés sur le supplément de revenu garanti au Québec versus le reste du Canada, au Québec on tourne probablement autour de 35 %, 38 %, alors qu'ailleurs au Canada c'est plus vers le 30 %. Donc, déjà là, on a plus d'aînés qui sont plus pauvres au Québec, donc bénéficient davantage du supplément de revenu garanti. Ça, c'est un indicatif... un indicateur, pardon, qui ne trompe, là, à ce niveau-là.

M. Benjamin : Sur l'enjeu de l'accessibilité financière, j'aimerais vous entendre sur quelques pistes, quelques recommandations que vous avez spécifiquement sur cet enjeu-là de l'accessibilité financière. Parce qu'il me semble que, quand on parle des aînés qui vivent avec moins de 20 000 \$ par année, il faut absolument se pencher sur l'accessibilité financière. Quelles sont vos recommandations à ce niveau-là?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, d'emblée, c'est que tous les actes qui sont actuellement couverts par la RAMQ devraient être couverts encore par la RAMQ lorsqu'ils sont transférés chez le pharmacien. Et là on peut aller à rebours par rapport au projet de loi sur la pharmacie en 2011. D'emblée, déjà, il faudrait corriger cette chose-là parce que c'est... ça, c'est en fonction du revenu, on va avoir les services, sinon on ne peut pas se les payer, à la base.

Dans l'autre optique, je pense qu'on peut pousser plus loin au niveau de regarder certains services, disons-le comme ça, que ce soit d'ajuster ou modifier la forme d'un médicament, que ce soit d'ajuster ou modifier la dose d'un médicament. Donc, il y a plein de choses comme ça, parce qu'on sait... je l'ai mentionné tout à l'heure, dans un sondage, les aînés ont très confiance en leur pharmacien, puis je pense que c'est quelqu'un avec qui ils aiment bien pouvoir voir comment leur santé va, puis je pense que c'est bénéfique aussi de part et d'autre, de ce côté-là. Donc, évidemment, si on dit : on va voir quelqu'un et qu'il rend un service, je ne connais pas... à part les 15 000 bénévoles de la FADOQ, qui font ça gracieusement, il n'y a pas grand monde, dans notre société, qui font un service gratuit. Donc, à la base, si les gens ont à payer, bien, ça va être une barrière, bien évidemment.

M. Benjamin : Merci. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Ça va? Merci. Je vais céder la parole au député de Jean-Lesage.

• (11 h 20) •

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Merci beaucoup pour votre présence. À la lecture de votre mémoire, on réalise que, pour vous, il y a une chose qui est très importante, c'est l'accessibilité aux services des pharmaciens, entre autres, mais l'accessibilité économique puis les questions pécuniaires. Il faut que ça demeure accessible.

Bon, on sait que, dans le régime actuel, l'assurance médicaments, là, qui est hybride, dans laquelle il y a des assurances privées puis des assurances publiques, il y a des divergences de coûts dépendamment qu'on est assuré par la

RAMQ ou par un système privé, puis que les assurances privées aussi coûtent cher, surtout les assurances médicaments, et tout ça. Est-ce que votre organisation a une position par rapport à la possibilité d'installer, au Québec, un régime purement public, un régime universel d'assurance médicaments public?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, je dirais, on n'est pas contre, ce n'est pas quelque chose qu'on voit d'un mauvais oeil, mais moi... on pense, même chose que du niveau... du système de santé, ça, ça doit faire spécifiquement l'ordre du jour d'un autre débat, qui est très important, au même titre que l'avenir de notre système de santé. Donc, à la base, je dirais qu'on n'est pas du tout contre.

M. Zanetti : O.K. Est-ce que vous savez s'il y a une grande proportion de vos membres qui ont des assurances privées ou si la majorité n'en ont pas?

M. Prud'homme (Danis) : Bien, écoutez, vous m'ouvrez une porte, puis je mentionnerais, là-dessus, quand on arrive à 65 ans, qu'on soit couvert par notre compagnie parce qu'on est un retraité ou pas, il y a un changement qui s'opère au niveau d'un transfert de certaines couvertures, encore plus quand on est ce qu'on appelle travailleur d'expérience, donc, et on a des employés qui ont vécu... à 65 ans, on leur a enlevé une couverture, qui était couvert par nous comme employeurs, pour les transférer à la RAMQ, et on n'a aucun moyen de garder cet employé-là assuré... parce qu'on a fait faire des cotations, c'est plus de 5 000 \$ par année pour un employé, pour le garder couvert. Donc, à la base, et petite parenthèse que je ferme tout de suite, si on veut que nos gens continuent à travailler parce qu'ils aiment ça, pourquoi est-ce qu'ils ne peuvent pas continuer à être couverts par un régime d'assurance qu'on a au niveau des employeurs? Et ça, je pense que le gouvernement a la clé pour changer la loi en ce sens, pour obliger les compagnies à continuer à couvrir... quand je parle... compagnies, c'est compagnies d'assurance.

M. Zanetti : Je vous remercie. Ça va être tout pour moi.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, nous allons compléter cet échange avec le député de Jonquière.

M. Gaudreault : Oui. Alors, pour faire du pouce sur le député de Marquette, vous aurez deux nouveaux membres l'année prochaine, donc, on...

Une voix : ...

M. Gaudreault : ...oui, c'est ça, il dit : On le voyait venir, c'est bon signe. Maintenant, je veux savoir, un de vos points importants de votre mémoire, c'est que vous plaidez pour qu'il n'y ait pas de système parallèle. Autrement dit, ce qui est gratuit en CLSC, par exemple, pour de la vaccination ou des consultations, il faut que ça demeure gratuit partout une fois que la loi n° 31 sera adoptée. Je vous ai bien compris, oui?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, ce qui est couvert actuellement, on veut que ça demeure couvert lorsque ce sera transféré avec la loi n° 31. Et on va même un peu plus loin, comme je l'ai mentionné tout à l'heure, on a quelques suggestions à faire pour couvrir un peu davantage.

M. Gaudreault : Maintenant, concernant la contribution progressive dont vous nous parlez, pour le supplément de revenu garanti... Le supplément de revenu garanti est un programme fédéral. On est présentement en élection fédérale. Est-ce qu'il a des blocages, disons, au niveau de la réglementation ou de la loi fédérale, qui nous empêchent d'aller vers cette contribution progressive ou on est vraiment dans un aspect de réglementation du Québec à cet égard?

M. Prud'homme (Danis) : En fait, je le mentionnais tout à l'heure, c'est une particularité du Québec, de lier avec le supplément de revenu garanti la gratuité des médicaments. Donc, le Québec a le loisir d'ajuster les échelles sans que le fédéral dise oui ou non. Je vais vous donner un exemple bien simple : la première augmentation du supplément qu'on a réussi à obtenir il y a quelques années, 50 \$ par mois, les échelles n'avaient pas été ajustées, puis le 50 \$, il passait dans la redevance qu'on doit payer annuellement lorsqu'on débarque du 94 %. Alors, quand on a... C'est un membre... parce qu'on a beau suivre, là, c'est un membre qui nous a dit ça, parce qu'il nous a appelés, dire : Écoute, le 50 \$, je le donne au Québec. Là, on a fouillé puis on a trouvé. Donc, le Québec a le loisir d'ajuster, ce qu'il a fait après, parce qu'il s'est fait faire une demande de la ministre, à ce moment-là, fédérale.

M. Gaudreault : O.K. Maintenant, vous parlez d'une campagne d'information sur les conséquences de l'adoption du projet de loi n° 31. Je suis heureux de voir que la FADOQ fait des revendications vraiment sur des enjeux aussi importants que ça, puis je ne suis pas surpris, remarquez bien, mais on sait aussi que la FADOQ est très présente partout sur le territoire, notamment avec des activités de loisirs, toutes sortes d'activités. Est-ce que vous seriez prêts à être associés à cette campagne d'information pour, justement, avoir un accès auprès de vos membres et de vos bénévoles, qui sont parfois dans des activités de loisirs, mais ça serait une belle occasion, justement, pour passer des messages de pédagogie ou d'information sur le projet de loi n° 31?

M. Prud'homme (Danis) : Tout à fait, on le fait déjà lorsque vient le temps de la saison de la grippe, pour sensibiliser que... d'aller se faire vacciner. Notre magazine est la meilleure façon de pouvoir avoir accès à tous nos membres, donc c'est sûr que c'est une façon simple pour nous, je l'ai mentionné tout à l'heure, de pouvoir collaborer pour sensibiliser davantage au niveau de l'information.

M. Gaudreault : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je remercie les représentants de la FADOQ pour leur contribution à nos travaux.

La commission suspend ses travaux jusqu'à cet après-midi, après les affaires courantes, vers 15 h 30. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 11 h 26)

(Reprise à 15 h 36)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour à tous. 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.

Cet après-midi, nous entendrons les organismes suivants : la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Comme la séance a commencé à 15 h 36, je vous demanderais qu'on puisse poursuivre jusqu'à 17 h 06 pour que tous les deux groupes puissent avoir le temps requis. Consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins spécialistes 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. Je vous cède la parole.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

Mme Francoeur (Diane) : Merci, M. le Président. Bonjour, mon nom est Diane Francoeur, je suis obstétricienne-gynécologue et présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je suis accompagnée aujourd'hui de Yohann St-Pierre, qui est membre de mon conseil d'administration, représentant des régions éloignées et pédiatre au CISSS du Bas-Saint-Laurent, Hôpital régional de Rimouski, ainsi que de M. Jacques Tétrault, qui est le directeur des affaires publiques et des communications.

Mme la ministre, Mmes et MM. les députés, merci de nous recevoir, car nous tenons à vous partager nos commentaires et recommandations à l'égard des modifications suggérées par le projet de loi n° 31. Notre objectif est d'abord et avant tout d'assurer un encadrement sécuritaire des soins de santé à la population et de la collaboration interdisciplinaire. D'entrée de jeu, je tiens à saluer le dépôt du projet de loi, qui se veut garant d'un meilleur accès aux soins de santé pour la population québécoise. La FMSQ est favorable à l'ajout de services en première ligne, dont la délégation de certains actes aux pharmaciennes et aux pharmaciens.

Avant d'entrer dans les détails du projet de loi, je tiens à mettre en perspective le contexte dans lequel oeuvrent les médecins et les pharmaciens depuis trop longtemps : le fax. En 2019, le télécopieur est encore le moyen de communication le plus utilisé entre ces deux professions. Pourtant, Mme la ministre, à notre journée de formation interdisciplinaire en 2018, le plus important congrès de médecins spécialistes au Québec, où nous étions 1 700 l'année dernière, vous nous avez annoncé la fin imminente du fax. Nous voilà un an plus tard, les travaux ne sont malheureusement pas amorcés, et nous sommes ici, à l'Assemblée nationale, pour discuter d'un projet de loi qui propose des innovations organisationnelles dont le principal frein sera la technologie. En effet, il y a le fax, mais je pourrais aussi parler du DSQ, le Dossier santé Québec, qui n'inclut malheureusement pas les communications entre les médecins et les pharmaciens, ou encore le carnet santé, qui est utilisé par près de 400 000 Québécois après plus d'une année de son lancement. Comme le Collège des médecins l'a cité précédemment, je me dois de vous rappeler l'urgence de s'attaquer à la modernisation technologique dans le réseau, autrement les lois de nature organisationnelle auront des portées limitées. Les patients ont droit et s'attendent à avoir un dossier médical électronique qui devrait être accessible en tout temps sur toutes les plateformes de communication adéquates et par tous les professionnels de la santé.

• (15 h 40) •

En ce qui a trait à la prescription de médicaments, la fédération désire ici mentionner ce qu'elle considère être un cas de deux poids, deux mesures, comme la FMOQ l'a d'ailleurs clairement énoncé la semaine dernière. Comment, en effet, concilier la possibilité accordée aux pharmaciens de vendre des produits qu'ils prescriraient eux-mêmes, alors que le Code de déontologie des médecins leur interdit de vendre des médicaments ou des dispositifs reliés à la santé, à l'exception de ceux qu'ils administrent directement, comme le stipule l'article 76? Comment expliquer aux patients, aux patientes qu'il

sera nécessaire d'avoir deux visites médicales pour l'installation d'un stérilet puisque les médecins ne peuvent plus les vendre, même si la majorité d'entre eux les vendaient au prix coûtant, et que les patientes devront s'absenter de leur travail deux fois pour pouvoir se faire installer un stérilet après être allées le chercher à la pharmacie?

Que ce soit pour les médicaments en vente libre ou ceux d'ordonnance, s'il est l'intention de l'Ordre des pharmaciens ou du Collège des médecins du Québec d'élargir la portée de l'encadrement de ces règlements, la fédération souhaiterait être consultée. Une approche collaborative est essentielle afin de déterminer les situations pour lesquelles aucun diagnostic n'est requis et pour lesquelles il existe très peu de risques inhérents. Aussi, nous jugeons primordial d'encadrer la vente de médicaments en vente libre pour limiter les coûts potentiels de ceux-ci. La fédération invite l'Ordre des pharmaciens et l'Office des professions du Québec à solliciter son implication pour l'élaboration d'un règlement, car il est important de préciser que certains problèmes de santé qui peuvent sembler parfois bénins nécessitent néanmoins une évaluation médicale. De plus, ce règlement permettrait de limiter, d'une part, le risque d'abus en matière de prescription de médicaments homéopathiques, d'autre part, la prescription de certains médicaments d'usage commun, par exemple l'acétaminophène. La fédération se questionne vraiment sur cette dernière mesure. Quelle est la valeur ajoutée pour le patient d'une prescription disponible sur les tablettes si ce n'est que d'épargner les montants des taxes? A-t-on considéré d'enlever tout simplement les taxes sur les médicaments disponibles sur les tablettes? Pourquoi demander au médecin ou au pharmacien de se substituer au rôle des parents s'il s'agit tout simplement de donner une consigne en garderie pour éclaircir les posologies?

Le projet de loi propose d'élargir la possibilité pour le pharmacien de substituer un médicament prescrit à un autre médicament en cas de problème relatif à son administration, alors que cette activité était réservée, jusqu'à maintenant, et circonscrite aux seules situations où il y avait rupture d'approvisionnement complète au Québec. Ces situations de rupture d'approvisionnement sont actuellement balisées. Le pharmacien doit, avant de substituer, s'assurer qu'il ne peut obtenir le médicament auprès de deux pharmacies de sa région et de deux grossistes reconnus par le ministère. Le pharmacien n'a malheureusement pas accès à l'ensemble des informations relatives à la situation clinique du patient, et son champ d'exercice ne lui permet pas toujours d'établir un raisonnement clinique visant à diagnostiquer les maladies, puisque nous n'avons, comme je l'ai dit d'entrée de jeu, pas d'outil qui nous permet de partager les informations du patient. Cela équivaut à procéder à un traitement sans diagnostic établi, ce qui outrepassé, selon nous, le champ d'exercice de la pharmacie. Ces deux modifications constituent un élargissement majeur et surprenant de l'activité de substitution et engendrent des risques pour la santé du patient que nous jugeons non souhaitables. La présence d'effets secondaires lors d'une substitution de médicament est de loin la raison numéro un pourquoi les patients cessent leur médication sans consulter.

Il existe un conflit d'intérêts évident dès qu'un pharmacien vend le médicament qu'il prescrit. Il est difficile d'accepter que le législateur autorise le pharmacien à faire ce qui est formellement interdit au médecin, le Code de déontologie des médecins est assez clair à ce chapitre. Ce conflit d'intérêts souligne à grands traits les risques quant à la neutralité des pharmaciens dans le choix des produits qu'ils pourraient prescrire, et ensuite vendre, et en retirer un avantage pécuniaire. La Loi sur la pharmacie et le Code de déontologie des pharmaciens devraient mieux encadrer ce risque, qui est évident.

La fédération s'est toujours positionnée en faveur de la collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Nous voyons d'un bon œil les dispositions du projet de loi relatives à la vaccination, qui contribueront à accroître les taux de vaccination. L'ajout de points de service en pharmacie et de plages horaires élargies pourront rendre service à la population. Et, à cet effet, je passe la parole à mon collègue pédiatre, qui est de loin la personne mieux placée pour nous faire des recommandations sur la vaccination.

M. St-Pierre (Yohann) : Donc, comme l'a mentionné Dre Francoeur, la FMSQ est en faveur d'initiatives pouvant contribuer à l'accroissement des taux de vaccination, et par conséquent nous sommes en accord avec la proposition de rendre possible l'administration d'un vaccin en pharmacie. L'ajout de points de service en pharmacie et de plages horaires élargies ne pourront que bonifier l'offre et assurer une meilleure couverture vaccinale au Québec. Nous pensons que le pharmacien pourra promouvoir auprès de sa clientèle la conformité au calendrier de vaccination du Protocole d'immunisation du Québec. Ils pourront aussi offrir d'autres vaccins homologués, à titre préventif, tel que le vaccin pour les voyageurs.

Évidemment, le pharmacien autorisé à administrer des vaccins devra réussir les formations adéquates pour maîtriser les protocoles et les techniques d'administration des vaccins ainsi que bien assimiler les risques et les effets de chaque produit. Le pharmacien devra également connaître toutes les contre-indications en matière de vaccination, par exemple ne pas administrer de vaccin vivant chez des patients en immunothérapie ou immunosupprimés. Nous pensons qu'il serait souhaitable d'étendre la portée de cette proposition à tout enfant âgé de moins de six ans. Cela milite à l'atteinte de l'objectif d'une meilleure vaccination de tous les enfants pour contribuer à enrayer des fléaux comme la rougeole, qui a sévi cette année.

En terminant, nous tenons à réitérer que les technologies doivent être mises à niveau pour les patients, leur médecin et leur pharmacien. Les vaccins reçus devraient tous être enregistrés au dossier du patient pour éviter des doubles doses, par exemple.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie de votre exposé. Nous initions la période d'échange avec Mme la ministre. Je vous cède la parole, madame.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je veux saluer Dre Francoeur. Bonjour, Dre Francoeur, plaisir de vous revoir, M. Tétrault et... excusez-moi, excusez-moi, Dr St-Pierre, Dr St-Pierre, excusez-moi. Ça fait plaisir. Merci pour votre présentation, évidemment, qui est très dense, par rapport au projet de loi n° 31. Je suis contente de vous entendre dire que vous êtes d'accord avec le principe de décloisonner, hein, les pratiques pour donner davantage d'accès aux citoyens. Alors, moi, j'applaudis votre appui à ce projet de loi.

Mais j'ai quand même quelques questions pour vous, notamment sur les éléments que vous questionnez. Par exemple, une de vos recommandations, c'est de retirer le libellé d'«évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié [des] médicaments». Et je dis le libellé tout au long, parce que l'évaluation de la condition physique et mentale, c'est vraiment dans un but d'assurer l'usage approprié des médicaments. Alors, le pharmacien l'effectue, cette évaluation-là, dans le cadre de son champ d'expertise, qui est celui du médicament, et l'objectif est clair. Alors, moi, je veux vous demander : Pourquoi cette préoccupation, de votre côté, étant donné, aussi, que nous avons reçu le Collège des médecins la semaine dernière, et, du côté du Collège des médecins, on appuie cet article du projet de loi et on n'a pas cette préoccupation? Alors, pourriez-vous élaborer là-dessus, Dre Francoeur?

• (15 h 50) •

Mme Francoeur (Diane) : Avec plaisir, Mme la ministre. Tout d'abord, nous considérons que l'évaluation physique, un examen physique peut être difficilement fait dans une pharmacie, même si on a un bureau où on a une consultation verbale. Et, en ce qui concerne l'évaluation de la santé mentale, la santé mentale, c'est quand même un sujet qui demande un questionnement qui est long et prolongé et qui va conduire à un diagnostic.

Alors, nous avons pris connaissance de la position du Collège des médecins, qui souhaite banaliser l'activité de faire un diagnostic. Et, comme la fédération des omnipraticiens... et notre objectif n'est pas du tout de minimiser l'évaluation que le pharmacien fait de la condition physique et mentale, un peu comme le personnel infirmier, lorsqu'il voit un patient, va aussi voir s'il est en état de comprendre des consignes simples et est-ce qu'il a des signes vitaux qui nous rassurent quant à sa condition physique, mais de là à décrire comme une évaluation complète de la condition physique et mentale, on n'est pas d'accord, à ce niveau-là.

Mme McCann : Mais là-dessus, Dre Francoeur, je pense que le Collège des médecins a été assez clair qu'il faisait une distinction, une grande distinction, entre le diagnostic et l'évaluation physique et mentale, dont il est question ici, dans le cadre de l'ajustement, là, de la surveillance appropriée de médicaments et de l'ajustement aussi. Alors, la distinction entre diagnostic et évaluation physique et mentale est quand même importante. Comment vous la voyez, vous, Dre Francoeur?

Mme Francoeur (Diane) : Je pense que, si le... nous et les omnipraticiens avons un certain doute par rapport à ce qui doit être inclus dans cette évaluation. Je pense que la population, aussi, doit savoir clairement qu'est-ce qu'on entend par «évaluation de la condition physique et mentale», et probablement que ceci pourrait être plus clairement défini dans un règlement, par exemple.

Mme McCann : Sur la même question, au niveau de la loi qui régit l'exercice des infirmières, infirmiers du Québec, il est aussi question, hein, que l'infirmière, l'infirmier peut faire l'évaluation de la condition physique et mentale du patient. Alors, est-ce que vous avez le même questionnement? C'est déjà dans la loi.

Mme Francoeur (Diane) : Bien, je pense que c'est une détermination de champ de compétence. Qu'est-ce qu'on inclut dans l'évaluation? Qu'est-ce que ça veut dire? Est-ce qu'une condition physique ça veut dire d'avoir des signes vitaux normaux? À ce moment-là, effectivement, tous les professionnels sont habilités à déterminer que la condition physique sera normale ou pas. Quant à la santé mentale, je pense que ça demande une évaluation quand même un peu plus détaillée lorsqu'on... et il faut décider aussi à quoi servira l'évaluation de la santé mentale.

Je pense que le rôle du pharmacien est de s'assurer que le patient a compris les instructions qui viennent avec la remise des médicaments. Le rôle du pharmacien dans l'évaluation de la santé mentale est de s'assurer qu'il y a une bonne observance à la médication, que le patient comprend comment utiliser ses médicaments et qu'il comprend quels seront les signes et symptômes à surveiller et quand il doit consulter un médecin s'il y a un échec au traitement. À ce moment-là, pour nous, ça ne correspond pas à ce qu'on appelle une évaluation de la santé mentale.

Mais je pense que chaque professionnel qui entre en interaction avec un patient a une évaluation sommaire pour savoir est-ce que la personne qui est assise devant moi comprend les consignes que je lui donne. Maintenant, à savoir est-ce que c'est un diagnostic ou ce n'est pas un diagnostic, je pense qu'il faut tout simplement clarifier quelles sont vos attentes et la portée de cette évaluation. Est-ce qu'elle aura un rôle diagnostique ou pas? Par exemple, si un patient avait un accident avec une médication et qu'on veut vérifier s'il était apte ou pas à comprendre des consignes claires, bien, il faudrait qu'il y ait une note. Lorsqu'il y a une évaluation, il faut qu'il y ait des notes au dossier, et nous n'avons pas de dossier.

Mme McCann : Donc, je comprends de ce que vous dites que l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne par le pharmacien dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments, le libellé que nous avons dans le projet de loi... si je vous ai bien comprise — je valide, là — en autant que ce soit expliqué, qu'est-ce que ça veut dire, mais c'est dans un contexte particulier et c'est distinct d'un diagnostic.

Mme Francoeur (Diane) : Tout à fait, parce qu'une évaluation psychiatrique prend en général deux heures.

Mme McCann : D'accord. Sur la substitution des médicaments, vous avez, là aussi, des préoccupations, et, encore une fois... puis il y a aussi eu des préoccupations du côté de la FMOQ, mais, encore une fois, le Collège des médecins est tout à fait d'accord avec les éléments qui sont présentés dans le projet de loi n° 31. Pouvez-vous nous expliquer un peu comment se fait-il... cette divergence d'opinion, d'avis du collège, quand même, qui a un rôle important au niveau de l'ensemble des médecins du Québec, et votre positionnement?

Mme Francoeur (Diane) : Avec plaisir. J'aimerais inviter Dr St-Pierre à nous donner des exemples qui sont courants en pédiatrie pour lesquels parfois la substitution d'un médicament peut être problématique. Alors, nous, jusqu'à maintenant, on s'est toujours mis d'accord avec les pharmaciens. Lorsqu'il y a une pénurie, il faut rapidement remplacer parce qu'on n'a pas d'autre médicament, mais, si on ouvre le champ où le pharmacien peut délibérément choisir de changer la prescription médicale, c'est là où on a une réserve. Dr St-Pierre.

M. St-Pierre (Yohann) : Oui, merci, Dre Francoeur. Donc, si je vais dans mon champ de compétence, donc, pédiatre de formation, et donc je fais du 32 semaines et plus, jusqu'à 18 ans, à Rimouski, la substitution de médicament n'est pas nécessairement anodine, même quand on parle de la clientèle pédiatrique. Si je prends, exemple, un exemple très commun qui va être très accessible pour tous, ici, l'usage des psychostimulants, donc, les psychostimulants, vous savez que c'est une médication qui est utilisée, prescrite pour les patients ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, et il y a maintenant, en 2019, tout de même, une gamme de psychostimulants, donc une gamme de médicaments qui peuvent être donnés aux enfants, et ça demande tout de même, à chaque fois, dans notre bureau d'examen, une évaluation 360 degrés. Donc, c'est une évaluation, c'est un diagnostic qu'on pose qui prend environ 60 à 90 minutes à faire, cette première évaluation-là, et les visites de suivi, c'est environ 30 à 45 minutes. Et il y a le diagnostic qui doit être fait, mais, par la suite, le choix de la médication n'est pas anodin, parce qu'on doit regarder quel est le meilleur médicament pour le patient, mais aussi quels sont les effets secondaires qui vont pouvoir être anticipés et pouvoir bien épauler et suivre les familles avec ça.

Donc, quand on parle de substitution de médicament que le pharmacien pourrait faire, c'est ce que... je pense à une classe de médicaments, exemple un psychostimulant qui dure environ 10 à 12 heures, si on... je ne veux pas nommer nécessairement de noms de psychostimulants, mais il y a différentes molécules qui peuvent durer... une efficacité de 10 à 12 heures, et que, pour x raisons, soit que le patient ne le tolère pas bien ou qu'il y a une pénurie de ce médicament-là, bien, on se substitue à un autre médicament, exemple un médicament qui est de plus courte action, donc — tout le monde connaît le Ritalin, qui est une molécule adéquate, mais qui a une action différente, donc qui a une durée de quatre heures — il y a un impact tout à fait différent au niveau du patient, donc, et je crois absolument que le médecin doit être avisé et en accord avec ce changement-là, parce qu'il va y avoir un impact non pas juste chez le patient, mais dans son entourage, que ce soit dans son milieu scolaire, dans sa garderie et au niveau familial aussi.

Mme McCann : Oui, sous question là-dessus, M. le Président : Dans des cas de rupture d'approvisionnement, est-ce que vous voyez le même problème que ce que vous avez invoqué?

M. St-Pierre (Yohann) : Bien, en fait, oui, on a eu des problématiques. Récemment, il y a eu une rupture... en fait, il y a eu un retrait du marché pour le Zantac, donc, et la substitution avec une autre molécule, un autre antiacide ou un IPP, donc, vraiment, un inhibiteur de la pompe à protons qui est vraiment pour diminuer les symptômes de reflux gastro-oesophagien, il reste que ce n'est pas anodin, parce qu'il y a eu des succès et il y a eu aussi des... il peut y avoir des erreurs au niveau de la posologie, de l'administration, donc. Et moi, je parle encore... je prêche pour ma paroisse, qui est pour ma clientèle, qui est du 0-18 ans, il reste qu'en pédiatrie les... on est en milligrammes par kilo, on est en dose différente pour chaque âge de patient aussi, donc ça prend un certain recul et une certaine expertise aussi pour faire ce choix-là. Et, pour l'avoir vécu très récemment, il reste qu'on a eu besoin de faire beaucoup de communications avec nos collègues pharmaciens en pharmacie communautaire pour trouver des solutions ensemble.

• (16 heures) •

Mme McCann : Oui, je pense que vous venez de dire des mots clés : la communication entre pharmaciens et médecins dans des situations où peut se poser, là, une complexité — on va le dire comme ça — par rapport à l'administration du médicament, et ça, c'est fondamental.

En même temps, dans certaines situations, ça peut être... le pharmacien est quand même, probablement, la personne la plus experte en termes de médicaments, je pense qu'on peut le dire, ça. La formation complète du pharmacien, c'est sur le médicament, mais aussi sur, évidemment, l'ensemble de l'environnement physique et mental aussi. Mais, dans ce sens-là, en général, s'il y a substitution, prolongation, est-ce que vous considérez qu'il faut toujours que le pharmacien fasse référence au médecin?

Mme Francoeur (Diane) : Je me permettrai de répondre, Mme la ministre, on ne nie pas du tout que le pharmacien est l'expert en médicaments. D'ailleurs, les médecins spécialistes, on a un historique de travail avec les pharmaciens en établissement qui est présent depuis toujours, où la collaboration est exemplaire, ne serait-ce que dans l'antibiogouvernance, l'antibiovigilance. On a réussi à diminuer énormément le coût et améliorer la bonne utilisation des antibiotiques, et là-dedans le Québec fait preuve de leadership. Toutefois, je pense que les médecins sont spécialistes en termes de patients et en termes de diagnostics. Et le problème, actuellement, entre la substitution ou le renouvellement... Le renouvellement... Le renouvellement, ce n'est pas vraiment un enjeu, parce que de venir voir un médecin spécialiste pour renouveler une prescription, pour nous, ça fait partie des visites qui devraient disparaître lorsqu'on fera vraiment une évaluation de la pertinence, là. Quand tout va bien, on n'a pas besoin de revoir les patients. Nous, on est là pour les voir quand ça ne va pas bien.

Cela dit, comme nous n'avons pas de dossier commun, lorsqu'il y a une substitution, la réalité du médecin spécialiste est que, souvent, il va se promener d'un hôpital à l'autre ou d'une clinique à l'autre, il va voir un patient à l'hôpital, le fax va être envoyé à son cabinet, on ne trouve pas le patient, le fax va aller aux poubelles. Alors, il y a tous ces enjeux de communication qui font en sorte que la fluidité nuit au bon suivi du patient. Et, dans un monde idéal, c'est mieux de se parler, mais, encore là, lorsqu'un pharmacien, par exemple... puis a autre chose à faire que de courir après des docteurs,

parce qu'ils sont très tenaces, nos pharmaciens, quand ils essaient de nous joindre, et on les en remercie. Si le médecin est en chirurgie, en salle d'opération, il ne répond pas, personne ne prend le message, alors ça prend un temps fou. Si on était capables d'avoir une consultation électronique où on s'enverrait une petite question avec une petite réponse vite entre deux patients, tout ça serait réglé, les patients seraient bien soignés et les suivis seraient assurés. Parce que, malheureusement, lorsqu'il y a un ajustement qui est fait parce que le pharmacien n'avait pas tout le dossier... Comme, par exemple, en pédiatrie, parfois on va prendre des doses plus basses de médicaments ou plus élevées selon le site de l'infection et l'importance de l'infection. Le pharmacien, s'il suit seulement ses recommandations et sa posologie, pourrait prendre une décision qui ne serait pas dans le meilleur intérêt du patient.

Mme McCann : Dre Francoeur, il y a le DSQ... on n'aura pas le temps de vider la question parce que mon temps s'écoule, mais les pharmaciens, quand ils sont venus nous voir, nous ont dit qu'ils utilisent beaucoup le DSQ. C'est parfait, je vous l'accorde. J'ajoute, en terminant, que moi, j'entends aussi que beaucoup de médecins — c'est normal — consultent les pharmaciens aussi pour l'administration des médicaments...

Mme Francoeur (Diane) : Toujours.

Mme McCann : ...vous le dites vous-même, c'est de part et d'autre, mais le DSQ, c'est un outil à privilégier. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je vais céder la parole au député de Marquette, responsable de l'opposition officielle.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, Dre Francoeur. Bonjour, Dr St-Pierre, M. Tétrault. Merci pour votre mémoire étoffé et complet. Cependant, j'ai quelques questions. À la page 13 de votre mémoire, vous faites référence à... et je vais vous citer, là : «Quelle est la valeur ajoutée pour le patient d'une prescription d'un médicament disponible sur les tablettes, si ce n'est que d'épargner le montant des taxes?» Puis on a entendu plusieurs groupes, là, puis on a entendu aussi... puis même, pour plusieurs d'entre nous, on est parents de plusieurs jeunes enfants, et souvent il y a une problématique qui est là, présente, c'est que, quand on va porter nos enfants au CPE, les éducatrices, elles ont besoin d'avoir vraiment la posologie de... une prescription d'un membre de la santé. Ça, c'est important de le faire. Pourquoi ne trouvez-vous pas ça important, justement, d'avoir une prescription pour ces médicaments en vente libre là?

Mme Francoeur (Diane) : Bien, première chose, les enfants grandissent, alors il faut ajuster la dose avec le poids, là, donc même si on fait une prescription, il faut qu'elle soit réajustée au fur et à mesure que l'enfant prend du poids. Et, je vous dirais, nous sommes présentement en pénurie de ressources à tous les niveaux, que ce soit au niveau des infirmières, des médecins, des pharmaciens, est-ce qu'on a vraiment besoin de demander des actes avec peu de valeur ajoutée? Les parents sont les experts de leurs enfants. Les parents sont capables de juger : Est-ce que je donne telle dose ou telle dose? Je ne vois pas ce qu'un médecin ou un pharmacien a à venir s'immiscer dans cette réalité-là.

C'est un peu comme lorsque — moi, je suis obstétricienne — on nous demande un papier qui confirme qu'une femme enceinte peut faire de l'exercice, je veux dire, la femme, elle est apte elle-même à juger : Est-ce que je peux aller faire de la natation ou pas? Est-ce que je peux faire du jogging ou pas? Elle va vérifier avec son médecin, mais c'est un choix éclairé qui vient d'elle.

Alors, le pourquoi de la prescription est vraiment discutable. Puis, comme on parle de pédiatrie, bien, si vous permettez, je demanderais à Dr St-Pierre de nous répondre par rapport à ça.

M. St-Pierre (Yohann) : En fait, c'est plus parce que je vis cette problématique-là, étant père de trois jeunes enfants, ayant vécu cette problématique-là en garderie, et que ma conjointe et moi, on ne peut pas prescrire pour nos enfants, et encore moins pour les services de garde, car il y a vraiment une réglementation qui existe, là, pour les parents médecins, ce qui est tout à fait adéquat.

Donc, ce qu'il faut savoir aussi, c'est que la plupart des garderies qui sont chapeautées par les CPE, tout ça, ont des protocoles, exemple pour l'acétaminophène, pour l'administration de la crème solaire, pour l'administration... pour les insectes l'été, tout ça. Donc, il y a vraiment des protocoles qui existent, qui sont vraiment de plus en plus développés, et, à ce moment-là, il y a moins d'utilisation personnelle de produits que les parents peuvent apporter, encore là, pour simplifier le travail, que ça soit dans les CPE, en milieu familial ou en CPE plus regroupés.

Donc, je comprends un besoin, mais, toutefois, qui est limité ou qui est souvent, à ce moment-là... pas anecdotique, mais il reste qu'habituellement, lorsqu'on a un besoin d'une médication qui doit être administrée en garderie, que ça soit... habituellement, c'est une médication qui, de toute façon, va être prescrite par un médecin, que ça soit un antibiotique, une crème pour des conjonctivites, tout ça, et, à ce moment-là, ça prend absolument une visite médicale en première ou deuxième ligne.

M. Ciccone : Mais vous comprenez que, si un enfant a une petite fièvre ou finit une fièvre puis on veut lui donner du Tempra ou de l'acétaminophène, c'est la réalité des CPE aussi, ils ne l'administreront pas, ils ne donneront pas s'il n'y a pas une prescription. Étant père de trois enfants, vous le savez, ça aussi.

M. St-Pierre (Yohann) : Je peux répondre?

M. Ciccone : Bien oui, bien sûr.

M. St-Pierre (Yohann) : Bien, en fait, théoriquement, je veux dire, vous me donnerez votre adresse de CPE, parce que c'est 24 heures sans température pour retourner en CPE.

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

On va rester sur les enfants, si vous voulez bien. Vous mentionnez la limite de vaccination à six ans d'âge. On a eu l'ABCPQ, l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec, qui disait... eux, ils voulaient descendre ça à deux ans. On comprend qu'au niveau de la vaccination, et la ministre l'a bien mentionné aussi, il y a un bon programme sur les carnets de vaccination avec les CLSC. Cependant, ils ont amené une réalité, puis je pense que c'est intéressant de vous entendre là-dessus, c'est à l'effet que, admettons, un enfant de deux, trois, quatre ans décide... les parents décident de voyager, on a besoin d'un vaccin de voyage rapidement, alors que les enfants de six ans et plus, on est capable de donner l'injection, mais on n'est pas capable de donner en bas de six ans, et là on est obligé d'aller chez le médecin, alors que, parfois, on se prend à la dernière minute et on doit faire le vaccin rapidement. Qu'est-ce que vous en pensez, de ça?

• (16 h 10) •

M. St-Pierre (Yohann) : Bien, en fait, la FMSQ, en fait, est favorable, là, à la proposition de... même d'aller de l'avant pour ne pas mettre de limite d'âge. Donc, vous parliez, tout à l'heure, de la limite de deux ans. En fait, la FMSQ apporte l'idée de ne pas mettre de limite d'âge du tout, donc, parce que, du point de vue médical... l'administration d'un vaccin, qui est très bien détaillée, chapeauté par le Protocole d'immunisation du Québec, donc c'est très, très détaillé, suivi, des protocoles très stricts, et, du point de vue médical, l'administration d'un vaccin à quatre ans, ou à un enfant de deux ans, ou à un enfant de sept ans, ou à un bébé de deux mois, il n'y a aucun changement à l'administration, aucun danger supplémentaire. Donc, la FMSQ, nous croyons qu'il y a vraiment une valeur ajoutée, dans l'atteinte d'augmenter notre taux de vaccination au niveau de la population, d'ajouter, dans tous les points de service, l'administration, finalement, dans les pharmacies, des vaccins disponibles dans le Protocole d'immunisation du Québec, que ça soit même pour la petite enfance, là, à partir de deux mois.

M. Ciccone : Vous parlez d'une distinction entre le médicament de traitement et le soin de confort. Pouvez-vous nous éclairer un petit peu sur la différence entre les deux?

Mme Francoeur (Diane) : Bien, je pourrais répondre à cette question. Alors, tout tourne autour de... habituellement, lorsqu'on a besoin d'un médicament, on devrait avoir un diagnostic. Tout à l'heure, on parlait d'une évaluation de la condition physique et de la santé mentale, qui n'est pas un diagnostic. Alors, si...

(Interruption)

Le Président (M. Provençal) : On va devoir suspendre pour aller au salon bleu, et on vous revient. On s'excuse. Hors de notre contrôle.

(Suspension de la séance à 16 h 11)

(Reprise à 16 h 30)

Le Président (M. Provençal) : Nous allons donc reprendre nos travaux, mais avant j'ai besoin d'un consentement. On devait terminer à 17 h 06. Compte tenu de l'interruption, je vous demande qu'on termine à 17 h 22, de façon à respecter le temps de chacun des partis et, en même temps, de respecter le fait que nous avons des gens qui se sont déplacés, et on doit vraiment prendre le temps nécessaire pour poser les questions qui ont à être posées. Consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Provençal) : Alors, maintenant que j'ai votre consentement, je vais redonner la parole au député de Marquette, qui était dans sa période d'échange. M. le député.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Bien, si vous voulez finir, si vous vous rappelez où est-ce qu'on était rendus, là, dans les... on parlait des médicaments de traitement et le soin de confort, là, la différence entre les deux, là.

Mme Francoeur (Diane) : En fait, on fait référence au fait que, lorsqu'on fait un diagnostic, on... lorsqu'on a besoin d'un médicament, on devrait avoir une maladie, donc un diagnostic qui est associé, alors que les médicaments en vente libre sont plus pour soulager des symptômes et des soins... c'est ce qu'on appelle des soins de confort, finalement, là.

M. Ciccone : Vous parlez, dans votre mémoire, d'un système à deux vitesses pour les vaccins. Pouvez-vous nous expliquer un peu à quoi vous faites référence?

Mme Francoeur (Diane) : Surtout en lien avec la vaccination, je pense que ça doit être clairement défini pour les patients. Nous, on a beaucoup d'inquiétudes par rapport aux objectifs du programme québécois d'immunisation. Toute l'inquiétude qu'il y a eu par rapport à la rougeole, tout ce qui peut être un frein à vacciner les enfants, pour nous, est une source d'angoisse. Donc, on veut être certains que, lorsque la vaccination sera disponible en pharmacie, les familles n'auront pas à déboursier de l'argent, que ce soit gratuit comme c'est offert présentement en CLSC, et c'est là-dessus qu'on ne voudrait pas qu'il y ait un système à deux vitesses, qui peut être un frein.

C'est pour ça, d'ailleurs, même si ce n'est pas dans notre champ d'activité, en médecine spécialisée, de vacciner, qu'on offrait la... par exemple, en pédiatrie, dans les cabinets, pour éviter que les familles se déplacent deux fois, puis, quand les enfants sont là, on les attrape puis on met le carnet à jour. Avant le règlement sur les frais accessoires, c'est pour ça que les pédiatres vaccinaient à ce moment-là. Cette activité-là a été terminée suite au fait que les patients ne pouvaient plus payer, mais on veut s'assurer qu'on n'est pas en train de créer une autre embûche qui ferait en sorte qu'on serait moins performants au niveau de la vaccination.

M. Ciccone : On parle de 11 maladies où les pharmaciens peuvent prescrire, là. Croyez-vous qu'on devrait se limiter à 11? Qu'est-ce que vous en pensez?

Mme Francoeur (Diane) : Bien, écoutez, c'est sûr que, présentement, ces 11 maladies sont assez clairement définies, il n'y a pas d'enjeu réel comme tel. C'est sûr que nous croyons fermement que les pharmaciens sont des acteurs qui doivent aider à couvrir tous les services que les gens ont besoin au niveau de la première ligne. Et, à cet effet, c'est pour ça que nous, on voit notre rôle, comme médecins spécialistes, d'être plus disponibles pour eux, justement, lorsqu'ils sont inquiets ou pas d'accord avec des médicaments qu'on aurait pu prescrire ou une posologie, et c'est pour ça qu'on veut être consultés avant de modifier, pour éviter les visites inutiles et être plus performants tous ensemble. Il est clair que les pharmaciens sont très présents. Il y a plusieurs sites, il y a des heures étendues, ils sont là 365 jours, comme nous, les médecins spécialistes, dans les hôpitaux, donc je pense que c'est une ressource professionnelle importante qu'il faut bonifier, de toute évidence.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, nous poursuivons avec le député de Jean-Lesage. À vous la parole.

M. Zanetti : Merci beaucoup. Je voudrais revenir avec vous sur la question du conflit d'intérêts, là, sur laquelle vous développez dans votre mémoire. Qu'est-ce qui pourrait être concrètement fait pour limiter le plus possible le conflit d'intérêts? Vous donnez des pistes de solution, mais je ne sais pas si vous pouviez développer là-dessus.

Mme Francoeur (Diane) : Bien, c'est sûr qu'on est dans l'apparence de conflit d'intérêts. Je pense que les pharmaciens sont des professionnels qui ont un code d'éthique et de déontologie, et, encore une fois, la grande majorité le respectent probablement tout à fait adéquatement. Mais, pour les patients, on... je pense que, lorsqu'on est malade, ce n'est pas la place à se poser des questions : Est-ce qu'on m'a recommandé un médicament parce que le pharmacien faisait affaire avec une compagnie plutôt que l'autre? Est-ce qu'il a changé la prescription de mon docteur parce que ça ne rentrait pas de ses compagnies? Toutes ces questions-là vont venir de la part des patients. Et, vous savez, même si on prescrit des médicaments, qu'on soit médecin ou pharmacien, ça ne veut pas dire que les patients les prennent. Et notre objectif, tous ensemble, est de faire en sorte que ce soit le plus transparent et le plus clair pour eux, qu'on est là pour travailler pour qu'ils guérissent, tous. Et, à ce moment-là, c'est pour ça qu'on recommande d'essayer de réglementer. Par exemple, par rapport à la substitution, l'article qui était présent est déjà assez contraignant, et c'est pour ça que nous, on recommandait de le laisser tel quel, parce que le pharmacien doit vérifier avec deux grossistes, avec deux pharmacies, donc il doit faire une démarche qui va faire en sorte qu'il va changer la prescription seulement lorsque c'est vraiment nécessaire.

M. Zanetti : Donc, quand vous recommandez d'interdire «la publicité de toute marque ou tout produit pour lequel le pharmacien bénéficierait d'un avantage pécuniaire ou d'une ristourne directe ou indirecte», au fond, ce n'est pas nécessairement d'aller plus loin que ce qui est proposé dans le projet de loi actuel.

Mme Francoeur (Diane) : Bien, c'est sûr qu'il va falloir voir aussi, avec le temps... Il y a un enjeu avec tous les médicaments en vente libre, parce qu'on s'entend que, sur les tablettes, il y en a beaucoup, de médicaments, quand même. Est-ce qu'on va... Comment on fera la représentativité des différents produits? On le voit en pédiatrie, par exemple, au niveau des laits maternisés pour les bébés, dans les hôpitaux pédiatriques, on fait tant de mois avec une compagnie puis, après ça, on change, on va avec une autre pour être sûrs qu'il n'y ait pas de surenchère, qu'il n'y ait pas de compagnie qui soit privilégiée par rapport aux autres. Je pense que les patients doivent guérir et non pas chercher des conflits d'intérêts ou essayer de se questionner à savoir s'ils ont été utilisés, comme tel, là.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Nous terminons cet échange avec le député de Jonquière.

M. Gaudreault : Oui, merci beaucoup. Bonjour. Bienvenue. Je voudrais revenir un peu sur la question des consultations. Il y a des collègues qui l'ont abordée avant, mais je voulais savoir, bon, parce qu'on connaît tous vos horaires très, très chargés, est-ce qu'il peut arriver que ce ne sera pas possible de consulter. Il peut arriver des situations d'urgence, alors on fait quoi, dans ce temps-là, le pharmacien qui n'est pas capable de rejoindre le médecin spécialiste?

Mme Francoeur (Diane) : Bon, c'est sûr... Le vrai problème, il est là, et c'est pour ça qu'il y a une urgence d'avoir un outil de travail commun qu'on peut consulter à l'extérieur de l'hôpital, peu importe où on est, pour qu'on puisse trouver le dossier du patient, et présentement c'est impossible. Alors, c'est sûr que, pour le pharmacien, c'est une perte de temps énorme, d'essayer de trouver... bien, parfois, c'est de défricher qui a fait la prescription, et après ça, ensuite, d'essayer de le trouver par les téléphonistes des établissements. Mais, comme on est souvent sur des lieux de travail différents, parfois ça va être impossible. Mais, à ce moment-là, il y a toujours quelqu'un qui est de garde dans tous les services. Nous, on a des gens qui sont de garde 365 jours par année. Quand moi, je suis de garde... en fin de semaine, j'étais de garde, puis il y a un pharmacien qui m'a appelée pour valider une prescription d'une de mes collègues qui n'était pas rejoignable parce que c'était dimanche. Je veux dire, ça fait partie de notre quotidien, mais c'est sûr que, si on essaie tous... Parce que je répète que je suis inquiète au niveau des ressources professionnelles. Les patients vivent plus vieux, ils sont plus malades, on n'aura pas suffisamment de personnel pour traiter tout le monde dans un futur proche, donc on doit déjà prendre de bonnes habitudes de gestion. Si on avait un outil informatique où on pouvait juste s'envoyer une petite consultation électronique pour qu'il y ait une trace, pour que le pharmacien puisse poser des questions, que le médecin qui a prescrit puisse répondre pourquoi il a inscrit, par exemple, «ne pas substituer», sur un dosage spécifique qui n'est pas dans les normes, à ce moment-là, la qualité de soins qu'on va donner au patient va être nettement meilleure et ça va éviter les imbroglios, finalement. Mais, oui, il y a de la perte de temps totale.

M. Gaudreault : Il me reste du temps? Une minute?

Le Président (M. Provençal) : Rapidement.

M. Gaudreault : Oui, rapidement. À la page 15 de votre mémoire, vous dites que les médicaments de classe antinéoplasique, plus stupéfiants, drogues contrôlées, les benzodiazépines et autres substances qui sont réglementées par le fédéral, ça prend nécessairement de la consultation. Alors, ça, en une seconde, là, pourquoi ?

Mme Francoeur (Diane) : Bien, en fait, en une seconde, on le fait déjà avec les pharmaciens d'établissement, parce que, dans les unités d'hémo-onco, il y a des pharmaciens avec nous partout, alors ce n'est pas un enjeu. Et il y a une volonté du ministère de sortir la chimiothérapie orale, par exemple, et de la donner en clinique externe, alors, demain, ça va finir par se ramasser au bureau. Je pense que la chimiothérapie, ça devrait toujours être une activité multidisciplinaire où les pharmaciens, les médecins spécialistes, les infirmières, tout le monde qui sont impliqués dans ce dossier-là devraient travailler ensemble.

M. Gaudreault : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour leur participation aux travaux de la commission.

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

(Suspension de la séance à 16 h 40)

(Reprise à 16 h 42)

Le Président (M. Provençal) : Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers 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.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

M. Mathieu (Luc) : Merci, M. le Président. Alors, je suis Luc Mathieu, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je suis accompagné de deux professionnelles de l'ordre, Mme Caroline Roy, à ma gauche, directrice adjointe, Pratique infirmière avancée et relations avec les partenaires, et de Me Marie-Claude Simard, à ma droite, qui est directrice de la Direction des affaires juridiques.

Nous vous remercions de votre invitation à commenter le projet de loi n° 31 concernant la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services. Depuis toujours, l'ordre est soucieux de veiller à ce que l'encadrement des professionnels permette à la population du Québec un accès simplifié et optimal aux soins et de services et d'assurer la continuité des soins dans le respect des compétences de chacun. Les deux recommandations que nous proposons dans notre mémoire s'inscrivent en ce sens. L'ordre tient à souligner le travail accompli par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vue d'améliorer l'accès aux soins et services de santé pour l'ensemble de la population. Nous saluons également plusieurs des modifications projetées par le projet de loi n° 31, qui contribueront sans aucun doute à un meilleur accès.

Aujourd'hui, nous souhaitons vous dire que l'ordre est convaincu de l'importance de la collaboration interprofessionnelle et appuie le fait que tous les professionnels concernés puissent participer le plus efficacement possible à la prestation de soins et de services et d'assurer la continuité des soins dans le respect des compétences de chacun. Les deux recommandations que nous proposons dans notre mémoire s'inscrivent en ce sens. L'ordre tient à souligner le travail accompli par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vue d'améliorer l'accès aux soins et services de santé pour l'ensemble de la population. Nous saluons également plusieurs des modifications projetées par le projet de loi n° 31, qui contribueront sans aucun doute à un meilleur accès.

Toutefois, les implications potentielles de certaines modifications proposées nous préoccupent sensiblement. Plus particulièrement nos recommandations portent sur l'ajout à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie d'une nouvelle activité visant à «évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments». L'ordre est préoccupé par le choix d'un libellé identique à celui que l'on retrouve à la Loi sur les infirmières et les infirmiers. Avec la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, le législateur a établi des activités réservées aux membres des différents ordres professionnels en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation ainsi que des compétences requises et des connaissances exigées pour les exercer. Ainsi, ces activités sont réservées parce qu'elles sont complexes, invasives ou qu'elles impliquent un haut degré de technicité. En ce sens, l'activité d'évaluation a été jugée à risque de préjudice et a été réservée à certains professionnels.

Nous comprenons très bien, notamment grâce à nos échanges avec l'Ordre des pharmaciens du Québec à cet égard, que l'activité d'évaluation proposée dans le projet de loi n° 31 vise à reconnaître l'évaluation effectuée par le pharmacien qui est nécessaire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse. Nous insistons, nous sommes d'accord avec l'ajout d'une activité professionnelle aux pharmaciens qui est essentielle pour assurer l'usage du médicament. Cependant, il serait erroné de prétendre qu'il s'agit d'une évaluation de la condition physique et mentale, ce que laisse toutefois le libellé proposé. Nous souhaitons donc mettre en évidence que le libellé contenu au projet de loi a une portée plus vaste que celle visée et qu'il doit être modifié.

Pour l'infirmière, l'évaluation de la condition physique et mentale est une activité réservée qui consiste à porter un jugement clinique sur une situation de santé d'une personne afin de déceler des problèmes de santé. Pour y parvenir, l'infirmière doit utiliser toutes les sources de données cliniques disponibles et pertinentes en plus de procéder à un examen clinique qui comprend l'anamnèse, soit les antécédents du patient, l'examen physique et l'examen de l'état mental. Ceci inclut également une évaluation des facteurs liés à l'environnement physique, social, culturel et spirituel qui ont une incidence sur sa situation de santé, y compris la médication. Cette évaluation permettra à l'infirmière de porter un jugement clinique sur la situation de santé d'une personne dans sa globalité. Cette activité réservée est au coeur de la pratique infirmière. Elle est la pierre angulaire des soins infirmiers. Sa finalité est de déterminer et d'assurer la réalisation du plan de soins et de traitement, de prodiguer les soins infirmiers et médicaux et d'assurer la surveillance clinique requise.

L'évaluation effectuée par le pharmacien est différente. Selon la Loi sur la pharmacie, «l'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir [et] d'offrir le soulagement approprié des symptômes». Cette loi prévoit également une activité visant à surveiller la thérapie médicamenteuse, qui sous-tend une évaluation non négligeable. Cette évaluation par le pharmacien vise à s'assurer que la thérapie médicamenteuse est appropriée, c'est-à-dire qu'elle est efficace et sécuritaire et qu'elle répond aux objectifs thérapeutiques visés. L'expertise des pharmaciens en ce sens est cruciale pour veiller à l'usage optimal du médicament. Cette évaluation est toutefois bien différente de celle effectuée par l'infirmière.

Nous insistons encore, en matière d'évaluation, les pharmaciens et les infirmières ont des rôles distincts mais complémentaires. Il importe de préciser que l'activité d'évaluation confiée aux autres professionnels est toujours libellée de manière à préciser clairement l'apport spécifique de chacun et qu'il devrait en être de même ici. Par exemple, l'activité réservée aux audiologistes est celle d'évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiologique. Dans le même ordre d'idées, plusieurs provinces canadiennes prévoient que le pharmacien effectue une évaluation pour déterminer si le médicament est pertinent et efficace compte tenu de la condition de santé de la personne afin d'assurer l'usage approprié. En ce sens, l'ordre reconnaît l'importance de prévoir une activité d'évaluation pour les pharmaciens, mais il s'avère nécessaire que le libellé associé à cette activité exercée par les pharmaciens soit distinct de celui attribué aux infirmières.

Compte tenu de ce qui précède, nous recommandons que l'activité soit reformulée de manière à mieux représenter la finalité de celle-ci, pour qu'elle se lise ainsi : «Évaluer la condition de santé d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments.» L'adoption d'un tel libellé par les parlementaires aurait pour avantage, au plan de la protection du public, de distinguer clairement la portée de l'activité professionnelle exercée par le pharmacien de celle de l'infirmière ou d'autres professionnels en matière d'évaluation, de clarifier que l'intervention du pharmacien est circonscrite à l'évaluation de la condition de santé diagnostiquée par un professionnel habilité en lien avec l'usage approprié du médicament et de permettre une uniformité et une cohérence avec l'exercice des pharmaciens ailleurs au Canada.

Notre deuxième recommandation porte sur la vaccination. L'ordre accueille favorablement la proposition permettant aux pharmaciens de contribuer à cette mesure importante de santé publique et appuie les modifications législatives en ce sens. Toutefois, la vaccination étant une activité importante du champ d'exercice infirmier, certains aspects du projet de loi ont attiré notre attention. À la lecture du projet de loi, nous constatons que le pharmacien, en plus d'être autorisé à administrer des vaccins pour la clientèle des six ans et plus, serait également autorisé à prescrire un vaccin pour toute personne, sans égard à l'âge. Cette autorisation soulève certains enjeux dont nous aimerions vous faire part, particulièrement en ce qui concerne la clientèle zéro à cinq ans, pour laquelle la vaccination représente une fenêtre d'opportunité incontournable pour que soit évalué le développement global de l'enfant. Rappelons que le programme Agir tôt, lancé par le gouvernement du Québec en 2019, vise à dépister précocement les retards de développement chez des enfants et à leur offrir les services requis. À cet égard, le programme mise entre autres sur la vaccination à 18 mois pour déployer les mécanismes en vue d'assurer une évaluation optimale du développement des enfants entre zéro et cinq ans. L'expertise de l'infirmière prend ici tout son sens. Dans ce contexte, nous sommes vraiment préoccupés sur comment seront développés les corridors de services requis advenant la prescription d'un tel vaccin par un pharmacien.

• (16 h 50) •

Par ailleurs, nous tenons à porter à votre attention qu'actuellement la prescription d'un vaccin par une infirmière n'est pas autorisée. Cela implique que cette dernière doit se procurer les vaccins pour un usage professionnel auprès d'un

pharmacien conformément au Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments. Ainsi, une infirmière ne peut prescrire un vaccin à une personne. Par conséquent, cette dernière ne peut se le procurer en pharmacie et se le faire ensuite administrer par elle. Nous croyons donc pertinent qu'à l'instar de nos collègues pharmaciens les infirmières puissent également être autorisées à prescrire des vaccins afin d'en faciliter l'accès par la population et ainsi d'améliorer l'offre vaccinale hors des établissements de santé.

Depuis des décennies, la vaccination est une activité professionnelle pouvant être exercée par les infirmières. Fortes d'un rôle déterminant et d'une responsabilité importante en matière de vaccination, elles se sont vu octroyer en 2003 une activité réservée en ce sens, soit procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. Ainsi, les infirmières peuvent, en application de la Loi sur la santé publique et sans ordonnance, exercer cette activité de manière autonome en se référant au Protocole d'immunisation du Québec. Nous remarquons l'absence de balises liées à l'application de la Loi sur la santé publique en ce qui concerne l'activité projetée des pharmaciens au projet de loi n° 31. Nous sommes d'avis qu'il serait également à propos que cette exigence soit levée pour les infirmières. Le retrait de cette balise ne pose aucun enjeu pour la protection du public, puisque les codes de déontologie des professionnels établissent tous l'obligation pour les membres d'exercer avec compétence et de s'appuyer les résultats probants. En ce sens, nous recommandons de modifier le paragraphe 12° du deuxième alinéa de l'article 36 sur la Loi sur les infirmières et infirmiers afin qu'il se lise comme suit : «Prescrire et administrer des vaccins.» Merci de votre attention. Nous sommes disposés à répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre présentation. Mme la ministre débutera la période d'échange. Alors, madame, je vous cède la parole.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je veux saluer M. Mathieu, plaisir de vous revoir, évidemment, Mme Roy aussi et Me Simard.

Alors, on a bien entendu votre présentation et on salue également votre appui à ce mouvement de décloisonnement des pratiques pour augmenter l'offre de services, notamment en première ligne, mais dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. On sait que vous jouez également un rôle très actif, actuellement, dans ce dossier et on l'apprécie beaucoup, parce que le rôle des différents ordres professionnels est fondamental dans ce qu'on est en train de faire, actuellement, au Québec, dans ce qu'on appelle notre réforme de l'accès.

Alors, ce que je comprends, toutefois, dans votre présentation, M. Mathieu, c'est qu'excluant les deux recommandations que vous nous faites vous êtes à l'aise avec le projet de loi n° 31, vous donnez votre appui aux autres éléments, là, qui sont mentionnés dans le projet de loi.

Je vais revenir sur votre première recommandation pour vous demander des précisions, parce que c'est quand même quelque chose qu'il faut bien comprendre, bien analyser, et vous êtes probablement les mieux placés pour nous l'expliquer. Quelle est la différence entre «évaluer la condition physique et mentale d'une personne dans le but d'assurer l'usage approprié de médicaments» et «évaluer la condition de santé»? Quelle est la différence, dans le concret, de ces deux évaluations, ce que vous nous recommandez, là?

M. Mathieu (Luc) : Bien, comme je l'ai mentionné dans mon allocution puis qu'on le retrouve dans le mémoire, l'évaluation de l'infirmière est plus globale qu'au niveau de la... quand on dit «l'évaluation de la condition physique et mentale», puisque le côté physique et mental est important au niveau de l'ensemble de la condition de la santé d'une personne. Et il y a l'élément, aussi, dans le système professionnel... comme je l'ai mentionné aussi, c'est que, quand on parle d'évaluation, dans chacun des ordres, on spécifie, c'est dans le domaine particulier. Mais je peux donner la parole à ma collègue, Mme Roy, qui va vous donner quelques exemples pour expliquer, là, répondre plus particulièrement à votre question.

Mme Roy (Caroline) : En fait, ce qu'on souhaite mettre en évidence ici, c'est que l'évaluation de la condition physique et mentale qui est exercée par une infirmière est effectivement plus vaste que celle qui est exercée par le pharmacien dans le contexte précis du médicament. Si on prend l'exemple d'un patient, d'une petite fille, par exemple, de quatre ans qui se présente en pharmacie pour des raisons de constipation depuis quelque temps, le pharmacien pourrait effectivement, avec le parent, regarder et recommander l'utilisation d'un produit en vente libre pour, justement, favoriser ça.

Si on le prend du contexte de l'infirmière, c'est sûr qu'elle va voir la même jeune fille, va faire un examen physique de la... elle va palper l'abdomen, va regarder tout l'aspect systémique, aussi, de la famille, et va constater qu'il y a peut-être des difficultés au niveau familial, et là va orienter la jeune fille en conséquence, va pouvoir déceler des retards de langage peut-être, et là, à ce moment-là, référer vers d'autres professionnels et voir que, le soutien, peut-être, de la famille, il y a des éléments qui manquent, donc de voir s'il n'y a pas d'autres professionnels qui peuvent vraiment avoir ce regard-là aussi.

Donc, c'est vraiment un regard global sur l'ensemble de la situation de santé qui est présentée, alors que le pharmacien va se concentrer beaucoup sur la situation de santé et voir s'il y a une médication qui peut être appropriée dans ce contexte-ci ou, dans le cas où il y a une condition qui aurait été diagnostiquée, de valider si la médication qui a été prescrite est effectivement efficace et qu'on réussit à répondre, là, à la condition de santé avec la médication qui a été prescrite par le professionnel.

Mme McCann : Mais la sous-question que j'aurais là-dessus, c'est que, si une famille arrive à la pharmacie avec une problématique telle que celle que vous avez mentionnée, le pharmacien peut aussi référer à un autre professionnel pour une évaluation plus approfondie. Le libellé que vous proposez, l'évaluation de la condition de santé, est-ce que ça fait vraiment une différence par rapport à l'évaluation de la condition physique et mentale? Quelle est la différence pour que le libellé, vraiment, ait tout son sens, là?

Mme Roy (Caroline) : Si on prend, par exemple... bien, si on le prend plus largement au niveau de la condition physique et mentale, ça va au-delà d'une collecte de données. C'est important aussi de comprendre que ce n'est pas juste questionner le patient par rapport à la situation de santé, c'est de voir, oui, tous les éléments biopsychosociaux, mais ça comprend l'examen physique, ça comprend l'examen mental que les collègues qui sont passés précédemment ont aussi mentionné. C'est vraiment dans l'optique d'avoir un regard global sur l'ensemble de la situation clinique et non pas uniquement sur la situation de santé qui pourrait requérir, comme je dis, un médicament, là, comme tel.

Donc, la nuance, elle est subtile, effectivement, mais c'est vraiment de s'assurer que l'évaluation de la condition physique et mentale comprend l'ensemble de la situation de santé versus le pharmacien, son évaluation dans le cadre de la surveillance de la thérapie médicamenteuse, va vraiment se concentrer sur la condition qui a été identifiée, donc d'évaluer la condition de santé pour s'assurer que la médication répond bien en fonction de la condition de santé qui a été déterminée. Je ne sais pas si c'est plus clair, là.

Mme McCann : Oui, oui, oui, tout à fait, tout à fait. Est-ce que vous pensez que, justement, ça peut être une source de confusion pour les citoyens? Est-ce que cet article dans le projet de loi n° 31, ça peut créer de la confusion dans l'esprit des citoyens?

M. Mathieu (Luc) : Bien, ça pourrait un peu, mais il y a aussi, dans la... Je vais inviter ma collègue, là, Me Simard, à expliquer au niveau du système professionnel, toute la question de la cohérence dans le système professionnel. Je pense, c'est un élément important à considérer dans le projet de loi.

Mme Simard (Marie-Claude) : En fait, oui, on a parlé tantôt de la loi n° 90, la fameuse loi qui a décloisonné l'ensemble des activités des professionnels dans le domaine de la santé, mais ça émanait d'un avis de l'Office des professions qui date de 1997, en fait, qui est la base de la détermination des champs d'exercice et des activités réservées, donc, et là-dedans on a identifié des critères ou des caractéristiques. Avant de donner une activité réservée à des professionnels, il faut rencontrer certaines caractéristiques qui ont été précisées à ce moment-là.

Donc, quand on parle de cohérence du système, c'est qu'on s'appuie sur ces principes-là. Et c'est important, avant de faire une brèche ou avant de passer outre à ces critères-là ou ces caractéristiques-là, d'être conscients de l'impact sur l'ensemble du système. Donc, je vais vous les donner rapidement, là, ce n'est pas très compliqué, il y en a quelques-unes. Donc, avant de donner une activité réservée, il faut être certain qu'il y ait un préjudice, donc que ce soit une activité qui est à haut risque de préjudice. Et ensuite, toute la question de la connaissance des professionnels et la compétence des professionnels, c'est sûr qu'on ne peut pas donner une activité réservée si on n'est pas assuré que, dans la formation du professionnel, il a les compétences et les connaissances requises. Il y a aussi le fait qu'il faut que ce soit intelligible pour le public. Donc là, je rejoins votre point, effectivement, le public, il faut qu'il sache, quand il consulte un professionnel ou il voit un professionnel, c'est quoi, l'étendue de son champ mais aussi de ses activités. Il faut qu'il comprenne la différence entre... Bon, ce n'est pas toujours évident, mais l'idée optimale, c'est que le public puisse savoir, quand il s'adresse à un professionnel, c'est dans quel cadre, où est son terrain de jeu, si vous voulez, là.

Donc, ces caractéristiques-là sont l'essence même où le législateur, donc vous, vous êtes invités... avant de vous prononcer, il faut vraiment qu'on puisse... avant d'autoriser des professionnels, il faut qu'on s'assure de rencontrer ces caractéristiques-là. Donc, c'est là l'aspect systémique qu'on soulève, donc, dans le mémoire et que M. Mathieu a soulevé dans son allocution.

• (17 heures) •

Mme McCann : Bien, merci pour ces précisions. Évidemment, l'esprit dans lequel a été rédigé, hein, ce libellé, c'est vraiment dans le cadre d'assurer l'usage approprié des médicaments, ce qui n'est pas dans le libellé, de toute évidence, là, de la Loi sur les infirmières et infirmiers. Donc, ça cadre vraiment cette évaluation-là dans le cadre de l'usage de médicaments, ce qui limite, si je peux dire comme ça, à quelque part, l'exercice de cette évaluation. Est-ce que ça ne serait pas suffisant?

Mme Simard (Marie-Claude) : Bien, en fait, là on est dans la finalité. En fait, il faut que ce soit... la finalité, il faut qu'elle soit effectivement liée au champ d'exercice, mais le fait d'accorder ou d'élargir des activités réservées, c'est les caractéristiques dont je viens de vous parler. Ça fait que, oui, il y a l'aspect de la finalité, mais il y a quand même le libellé de l'activité comme telle qui est important. Donc, ici, on parle de l'évaluation physique et mentale, même si c'est associé à la finalité du champ, là.

Mme McCann : Et comment vous en êtes venus à la proposition d'«évaluation de la condition de santé»? Qu'est-ce qui vous a amenés à faire cette recommandation?

Mme Roy (Caroline) : En fait, c'est qu'avec nos échanges, aussi, avec l'Ordre des pharmaciens on en est venus à la conclusion qu'il y avait des éléments, justement... l'intérêt du pharmacien se portait vraiment sur... pour s'assurer que la condition de santé, là, la problématique de santé pour laquelle le patient va demander un médicament, bien, c'est ça qui est évalué pour s'assurer, justement, que la réponse du médicament, elle est adaptée. Il y a ça, d'une part, de vraiment regarder quel est le but recherché par l'évaluation du pharmacien, c'est vraiment de s'assurer que le médicament répond bien à la condition de santé. Donc, c'est pour ça qu'on est allés dans cet angle-là.

Puis on a aussi regardé avec les autres provinces canadiennes, qui étaient, justement, à la recherche d'information... ils recherchent les informations pertinentes assujetties à la condition de santé dans les autres provinces, l'Alberta, entre autres,

la Colombie-Britannique, qui sont dans cet angle-là. Donc, on s'est dit : Bien, à ce moment-là, ça permet vraiment pour le public de dire : Bien, quand je consulte un pharmacien, qui va vérifier ma médication, il va s'assurer, par rapport à ma condition de santé, que la médication répond bien versus, quand je consulte une infirmière, je m'attends à ce que l'évaluation qui est effectuée par une infirmière est beaucoup plus globale, qui va regarder, oui, au niveau de la condition de santé, mais, comme on dit, tous les éléments, aussi, biopsychosociaux autour, en collaboration avec les autres professionnels, bien sûr, mais elle aurait cette évaluation-là plus globale, de faire l'examen physique aussi, de s'assurer qu'il n'y a pas autre chose derrière. Et tout ça, sans pouvoir établir un diagnostic, ça, c'est certain, mais son évaluation va quand même mener à déceler des complications ou d'autres problématiques susceptibles de survenir dans l'état de santé général de la personne.

Mme McCann : Merci. Je vais vous amener sur un autre sujet d'importance, puis vous en avez parlé dans votre présentation, la vaccination, où, on le sait, des infirmières, infirmiers du Québec jouent un rôle primordial. Je comprends que vous nous avez parlé de vos préoccupations par rapport à la vaccination des plus petits, hein, jusqu'à six ans ou des plus petits en général. Mais, justement, vous parlez des expériences dans les autres provinces du Canada, notamment notre voisin, l'Ontario. Par rapport à la vaccination, moi, j'aimerais vous demander : Avec le projet de loi n° 31, comment vous voyez l'organisation de ce volet important, là, de la santé au Québec si le projet de loi est adopté, le projet de loi n° 31, et que les pharmaciens vont pouvoir vacciner? Je comprends la recommandation que vous avez faite au niveau de la prescription, mais j'aimerais savoir, au niveau de l'organisation des services... parce que ça peut avoir, je pense, c'est assez évident, un certain impact, bon, évidemment, factuel par rapport à ce que font les infirmières et infirmiers du Québec, actuellement. Quelle est votre vision là-dessus?

M. Mathieu (Luc) : Bien, il y a des éléments qu'on a soulevés dans le mémoire, comme j'ai fait allusion dans mon allocution. Il y a le fait qu'actuellement... bon, depuis 2003 que les infirmières se sont vu accorder une activité réservée au niveau de la vaccination, mais elles ne peuvent pas prescrire, actuellement, et ça, ça fait longtemps qu'à l'ordre on fait cette demande-là. Alors, ça, ce serait facilitant, au niveau de l'organisation des soins et services, si les infirmières pouvaient prescrire aussi la vaccination, puis, ce qu'on a expliqué dans le mémoire, si elles ne peuvent pas le faire, ce que ça cause comme problématique. Alors, ça, une fois qu'on a dit ça, au niveau de l'organisation des services, bien, c'est sûr qu'avec ce qui est proposé dans les autres éléments du projet de loi, là, ça favorise l'accès à la vaccination pour la population.

Mme McCann : Et vous ne voyez pas d'autres impacts, nécessairement... De toute façon, on sait à quel point nos infirmières, infirmiers sont sollicités dans le système de santé actuel. Je pense qu'on peut dire d'entrée de jeu qu'on en a tellement besoin, de nos infirmières, infirmiers du Québec, qu'il y aura énormément de responsabilités, de tâches à faire. De toute façon, je pense qu'on a besoin d'augmenter notre taux de vaccination, alors c'est sûr que nos infirmières, infirmiers du Québec vont continuer à vacciner et de façon importante. Mais la pression est très forte, actuellement, au niveau des infirmières, infirmiers du Québec, et aussi l'accès et, je vous dirais, l'attraction, là, de la clientèle. Et ça, ce n'est pas simplement la responsabilité des infirmières, infirmiers, c'est la responsabilité, ultimement, de la ministre, d'attirer les gens puis de se faire vacciner, surtout quand on a une maladie chronique et qu'on a 75 ans et plus. Mais, de votre point de vue... je vous voyais réagir un peu, M. Mathieu, par rapport, justement, aux impacts que vous entrevoyez.

M. Mathieu (Luc) : Oui, bien, les impacts... parce que... J'ai réagi quand vous avez parlé de la pression des infirmières, tu sais, je ne sais pas... ce que j'entendais, c'est qu'on ne peut pas leur en rajouter davantage parce qu'ils ont beaucoup de responsabilités. Bien, moi, je vous répondrais, il y en a 76 000, ils sont partout sur le territoire, alors il faut bien les utiliser.

C'est pour ça aussi qu'on faisait allusion à... on voulait soulever, là, aux parlementaires la question de... avec le programme Agir tôt et pour s'assurer que, s'il y a un vaccin qui est prescrit par un médecin puis qu'il échappe à l'évaluation que... au niveau de... Parce qu'on a rencontré M. Carmant il y a quelques semaines pour lui faire part que ça serait une bonne idée de mettre davantage à contribution les infirmières dans son programme Agir tôt parce qu'elles sont partout, 76 000 infirmières. Alors, c'était cette idée-là, puis on ne voudrait pas qu'en raison des modalités dans le projet de loi... puis je suis sûr que ce n'était pas l'intention, là, dans le cadre du projet de loi, mais qu'il y ait un enfant qui passe sous l'écran radar parce qu'il s'est fait prescrire un vaccin puis qu'il n'a pas été vu par une infirmière, parce que l'infirmière, dans son rôle d'évaluation, là, elle peut, avec l'ABCdaire, puis tout ça, là, évaluer, là, les enfants dans le cadre du projet Agir tôt, notamment. Je ne sais pas, Caroline, si tu voulais ajouter là-dessus.

Mme Roy (Caroline) : En fait, c'est surtout ça, la préoccupation, de s'assurer... On n'est pas contre, ce qu'on veut, c'est vraiment s'assurer que les mécanismes sont là pour assurer les corridors de services pour éviter que les clientèles où on pourrait... de saisir toutes les opportunités, finalement, de pouvoir déceler des retards de développement chez les enfants, puis la vaccination devient un incontournable aussi, puis les infirmières sont vraiment bien placées pour pouvoir le faire. Donc, c'est sûr que ça, c'est un élément important avec la clientèle pédiatrique, là, à l'égard de la vaccination, qui est plus la préoccupation.

Mme McCann : Est-ce que, dans ce sens-là, vous appuyez le projet de loi, dans le sens qu'on commence à six ans la vaccination par les pharmaciens... possible, là, par les pharmaciens? Qu'est-ce que c'est, votre position là-dessus?

M. Mathieu (Luc) : On n'avait pas de réserve par rapport à ça, outre celle qu'on vient de soulever, là, par rapport... pour qu'on n'échappe pas des enfants au niveau de l'évaluation, là, dans le cadre du programme Agir tôt.

Mme McCann : Merci. Est-ce que j'ai terminé? Oui?

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Oui, c'est terminé. Poursuivons nos échanges avec le député de Marquette.

M. Ciccone : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, Mme Roy, Mme Simard, et bonjour, M. Mathieu, content de vous revoir.

Je vais citer votre mémoire pour ma première question. Dans votre mémoire, vous dites que «plusieurs provinces canadiennes prévoient que le pharmacien effectue une évaluation pour déterminer si le médicament est pertinent et efficace compte tenu de la condition de santé de la personne, afin d'assurer l'usage approprié». Avez-vous remarqué d'autres particularités, justement, dans ces provinces-là, qui pourraient venir bonifier ce projet de loi, outre ce que j'ai mentionné, là?

M. Mathieu (Luc) : Je vais laisser ma collègue répondre.

Mme Roy (Caroline) : En fait, bien, on a fait un survol, là, des différentes activités autorisées dans les autres provinces, c'est beaucoup de collecter l'information pertinente en vue d'assurer l'usage approprié du médicament, là, souvent, qui est libellé comme activité. Donc, en fait, c'est vraiment de s'assurer... La plupart aussi prévoient des standards à dire : Voici l'information minimale qui doit être considérée pour s'assurer l'usage optimal de la médication. Donc, ça, c'est... Et, au Québec, en fait, ce qu'on voit, c'est que... c'est sûr qu'il y a des activités réservées qui ont déjà été déployées, mais... Par exemple, l'Ontario, ça prévoit que le pharmacien doit évaluer les informations pertinentes du patient en lien avec le traitement pharmaceutique, donc c'est... les libellés vont dans le sens que... ce qu'on se disait, que c'est vraiment de s'assurer l'usage approprié de la médication en fonction de la condition de santé qui a été établie. Ça ressemble beaucoup à ça, ce qu'on a vu, là, dans les autres provinces.

M. Ciccone : Vous parlez du libellé, vous en avez parlé un peu plus tôt, la ministre aussi vous en a parlé. Vous suggérez de changer le libellé du projet de loi pour que cette activité exercée par le pharmacien soit distincte de celle attribuée aux infirmières. Avez-vous eu des échanges, justement, avec l'Ordre des pharmaciens à ce sujet-là?

M. Mathieu (Luc) : Oui. Tu veux-tu donner...

Mme Roy (Caroline) : Oui, oui, on a un comité conjoint, là, qui a été instauré. On a effectivement fait part de certaines de nos préoccupations à l'Ordre des pharmaciens, on en a discuté, de notre intention d'apporter cette nuance-là.

• (17 h 10) •

M. Ciccone : Et est-ce qu'on peut savoir un peu ce qui a été dit, ce qui a été discuté, le positif qui est sorti de ça ou le négatif de ces discussions-là?

Mme Roy (Caroline) : Bien, en fait, c'est sûr qu'eux ont dit : Bien, on entend bien ce que vous nous dites. Donc, c'était de voir... puis ils n'étaient pas nécessairement fermés... je ne veux pas nécessairement parler pour mes collègues, mais il n'y avait pas de fermeture complète, là, par rapport à l'exploration d'un autre libellé qui pourrait davantage correspondre au but visé par le pharmacien, là. Je ne veux pas répondre pour eux, mais c'est effectivement...

M. Ciccone : O.K., merci. Avez-vous évalué également si le partage du travail avec les pharmaciens viendrait décharger les infirmières et infirmiers du réseau pour certains actes ou ça embourberait le tout un peu plus? L'avez-vous évalué, ça?

M. Mathieu (Luc) : On ne l'a pas évalué, mais, comme plusieurs l'ont mentionné, les infirmières collaborent beaucoup avec les pharmaciens puis les médecins, là, c'est souvent, on dit, dans le langage, le «big three», là, dans les établissements de santé. Alors, il y a une collaboration très intéressante depuis longtemps, et puis là l'application du projet de loi, selon ce qui sera adopté, bien, il y aura peut-être des petits ajustements à la marge, mais on n'anticipe pas de problèmes importants, là.

M. Ciccone : O.K. Mais est-ce que vous estimez qu'ils vont être déchargés, justement? Parce qu'on parle de l'acte de faire une... je veux dire, d'injecter, là, de faire une vaccination, là.

M. Mathieu (Luc) : On ne pense pas qu'il va y avoir des changements, des impacts significatifs à ce niveau-là.

M. Ciccone : Non? O.K. Également, j'aimerais vous entendre davantage sur votre recommandation de la rubrique, justement, recommandations. Je vais aller la chercher, ici, *Sommaire des recommandations*, la recommandation 2, «prescrire et administrer des vaccins», vous en avez parlé également. Moi, je veux juste me faire l'avocat du diable, là. Tu sais, un, je salue le fait que, justement, votre rôle est essentiel pour, justement, administrer des vaccins, mais quelle serait la plus-value? Parce que moi, comme citoyen, je me dis : J'aime ce qui est dans le projet de loi, justement, parce qu'il y a cet effet de proximité là : je m'en vais voir mon pharmacien, je me fais prescrire et je me fais donner un vaccin. Mais, avec les infirmières et infirmiers, comment est-ce qu'on va faire ça? Je m'en vais seulement dans un CLSC? Parce que, là, on rentre encore dans un système où on veut désengorger. Avec les infirmières, on fait ça, on va s'ouvrir des locaux de vaccination pour les infirmières? Comment est-ce qu'on va faire ça, mécaniquement, là?

Mme Roy (Caroline) : Bien, je vous dirais que, majoritairement, c'est certain que l'intervention des infirmières est beaucoup dans les cliniques, il y a beaucoup d'interventions dans les cliniques de masse, dans les CLSC, au niveau de la petite enfance. Mais il ne faut pas non plus occulter tout le rôle des infirmières qui oeuvrent déjà en pharmacie aussi, lesquelles doivent se procurer les vaccins pour usage professionnel, considérant qu'elles ne peuvent pas le prescrire. Donc, le patient qui verrait, par exemple, une infirmière ne pourrait pas partir avec une prescription du bureau de l'infirmière, aller à la pharmacie, le comptoir à côté, avoir le vaccin et revenir se le faire administrer par l'infirmière, parce que le concept de prescription n'existe pas. Donc, c'est toujours un... elle procède à la vaccination en fonction de la Loi de santé publique. Donc, si elle n'a pas les vaccins, comme tels, pour usage professionnel, elle ne peut pas dire au patient : Allez chercher votre prescription, revenez. Donc, ça amène, au niveau de l'accessibilité, dans certains secteurs plus privés, là, ces difficultés-là. Mais, d'un point de vue public, effectivement, vous avez raison, ça se passe dans les CLSC, et la plupart sont fournis, là, par la Santé publique.

M. Ciccone : Je regarde également la façon que, un, vous avez écrit votre mémoire aussi, puis ça semble vous déranger énormément qu'on puisse vacciner du côté des pharmaciens, mais qu'on ne puisse pas le faire du côté... ou prescrire, pardon, du côté des infirmières. Je comprends qu'il y a l'aspect... on dirait qu'il y a pratiquement un manque entre les deux. Je pense que les infirmières sont capables de bien faire des mouvements, essayer de voir, essayer d'évaluer le patient. Cependant, au niveau des médicaments, pour prescrire, est-ce que vous évaluez que les infirmières sont équipées, justement, pour décider de quels médicaments? Parce qu'on sait que c'est la spécialité des pharmaciens, là. Les pharmaciens, eux, sont des spécialistes au niveau des médicaments, mais, cependant, pour la palpitation, ces choses-là, ils ont peut-être un manque. Dans le fond, les deux, vous vous complétez extrêmement bien, mais il y a peut-être un manque entre les deux. Est-ce que vous évaluez ça de cette façon-là?

M. Mathieu (Luc) : Bien, pas tant... ce n'est pas tant de prescrire des médicaments, dans ce cas-ci, c'est de prescrire des vaccins. Ça, il faut bien... c'est bien circonscrit à ça.

M. Ciccone : Oui, oui, je comprends, on s'entend, oui.

M. Mathieu (Luc) : Comme je le mentionnais tantôt, ça fait longtemps, ça fait des décennies que les infirmières sont habilitées à vacciner dans le cadre du PIQ. Dans le cadre de leur formation, elles sont formées à ça. Compte tenu aussi de... puis, comme on disait, il y en a 76 000, bon, dans les cliniques, dans les GMF, mais dans les pharmacies puis aussi ailleurs, puis le fait qu'elles puissent prescrire, ça faciliterait l'accès, ça multiplierait autant l'accès qu'il peut y avoir de points de service. Alors, ce n'est pas de... on ne se met pas dans une dynamique de compétition où on est frustrés parce que les médecins peuvent le faire puis que les infirmières ne peuvent pas le faire, mais on a un petit peu de frustration, puis ça fait des années qu'on le demande, là. On ne fera pas tout l'historique, ici, mais pour... justement, vu que le projet de loi vise à favoriser l'accès, puis c'est une préoccupation de la ministre, bien, on dit : Bien, il y aurait une opportunité là d'en rajouter un petit peu, là, tu sais. C'est le sens de notre deuxième recommandation.

M. Ciccone : Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

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

M. Benjamin : On a combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste encore 2 min 45 s.

M. Benjamin : Parfait. Merci, M. le Président. Alors, moi, j'aimerais comprendre un enjeu, c'est sur votre approche par rapport aux enfants, la vaccination pour les enfants de moins de six ans. Je semble comprendre, dans votre intervention, que vous aimeriez que cette portion-là de la clientèle, si je peux m'exprimer ainsi, soit réservée aux infirmières — est-ce que c'est ce que j'ai compris? — lorsque vous parliez notamment de la stratégie d'Agir tôt du gouvernement.

M. Mathieu (Luc) : Tout à fait. Je vais te laisser, Caroline...

Mme Roy (Caroline) : Non, en fait, on ne s'oppose pas à cette mesure de santé publique, qui est un incontournable. En fait, ce qu'on voulait juste mettre en évidence, c'est l'importance, advenant... Parce qu'il y a une distinction dans le projet de loi entre l'administration, qui est réservée aux clientèles de plus de six ans, et au niveau de la prescription d'un vaccin sans égard à l'âge. Donc, ce qu'on veut s'assurer, c'est qu'advenant le cas que le pharmacien prescrirait un vaccin, par exemple, à un enfant de 18 mois qui est un enfant qui a été ciblé dans le programme Agir tôt pour s'assurer qu'à ce moment-là il y ait une investigation qui est faite pour s'assurer qu'il n'a pas de retard de développement ou autre chose, bien, on veut s'assurer que cet enfant-là ne passera pas sous le... dans les mailles du filet et que, bon, par exemple, il aurait été prescrit, une infirmière auxiliaire l'administre en pharmacie, puis que cet enfant-là n'a jamais d'évaluation au niveau de son développement. Donc, c'est seulement cette mesure-là qu'on souhaitait mettre en évidence, le cas échéant, d'assurer de mettre en place des mécanismes pour assurer un service fluide à la clientèle.

M. Benjamin : Donc, vous êtes à l'aise avec l'idée, donc, qu'un pharmacien, éventuellement, puisse donner un vaccin à un enfant de deux ans, donc, qui se présenterait à une pharmacie?

M. Mathieu (Luc) : Oui, on n'a pas de réserve à ce niveau-là. La seule préoccupation, c'est une préoccupation qu'on soulève, là, pour les parlementaires, c'est ce que vient d'expliquer Mme Roy.

M. Benjamin : Parfait. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Il vous reste encore du temps pour une autre question, si vous le voulez.

M. Benjamin : Ah! bien, écoutez, j'irai vers une autre clientèle, donc, la clientèle des personnes âgées, donc, qui, comme vous, voit dans ce projet de loi là une opportunité de décloisonnement. Vous, actuellement, à la lecture de votre mémoire, donc, vous, c'est la portion des... vous revenez beaucoup sur les vaccins. Est-ce qu'il y a d'autres aspects qui semblent importants qui ne se retrouvent pas dans votre mémoire? Parce que c'est surtout l'acte de la vaccination qui, pour vous, importe.

M. Mathieu (Luc) : Non, il n'y a pas d'autres éléments. S'il y avait des éléments importants, on les aurait mis, on les aurait insérés dans le mémoire. Les éléments qu'on a soulevés, c'est ceux qu'on trouve importants. Pour le reste, comme on l'a mentionné, là, on est favorables avec les différents volets du projet de loi.

M. Benjamin : Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. La parole appartient au député de Jean-Lesage.

M. Zanetti : Merci. Bonjour. Quelles conséquences pensez-vous que va avoir le projet de loi n° 31 sur la pratique des infirmières et infirmiers, c'est-à-dire s'il y a, dans des... plein de... bien, pas des points de service... enfin, c'est des points de service, mais des pharmacies, des pharmaciens et pharmaciennes qui vaccinent, par exemple? Est-ce que ça va avoir des conséquences sur la pratique des infirmières?

M. Mathieu (Luc) : On pense que ça va être des effets marginaux. Il y a déjà des infirmières qui sont en pharmacie. Là, il faudra voir comment va se faire la répartition du travail, l'organisation du travail au sein de chacune des pharmacies, puisqu'il y a des infirmières, déjà, qui vaccinent dans les officines. Là, il faudra voir, mais on ne pense pas, pour répondre plus particulièrement à la question, que ça va avoir des gros impacts, là, qui vont déstabiliser l'organisation des soins dans ces milieux-là.

M. Zanetti : Et, est-ce que vous avez des préoccupations par rapport à la façon dont sera gérée la rémunération de ces nouveaux actes là auprès des pharmaciens? Par exemple, est-ce qu'il y a des choses, un type de rémunération qu'il faudrait éviter, par exemple, pour ne pas que ça ait de conséquences sur les activités des infirmières, infirmiers?

M. Mathieu (Luc) : Ça, nous, on ne s'est pas attardés à ça, ce n'est pas dans notre mandat, là. Les aspects d'organisation puis de rémunération, ça, on laisse ça à d'autres de qui relèvent ces questions-là.

• (17 h 20) •

M. Zanetti : Et, sur la question des conflits d'intérêts, qui ont été soulevés à plusieurs reprises, il y a des personnes qui nous ont dit : Ça pose problème, qu'un pharmacien, une pharmacienne puisse prescrire, bien, des médicaments, par exemple, qui va... bien, changer une prescription ou prescrire des vaccins qu'il va administrer, tout ça. Est-ce que vous, vous voyez là un problème?

M. Mathieu (Luc) : Bien, c'est comme dans d'autres situations, il peut y avoir un risque, mais, comme d'autres l'ont dit, je pense, précédemment, dans le cadre de la commission parlementaire, le risque est là, mais, comme dans tous les ordres, il y a un code de déontologie, puis nous, on fait confiance à l'Ordre des pharmaciens du Québec pour être vigilants puis exercer, justement, une vigie puis une surveillance à ce niveau-là. Tu sais, s'il y a un risque pour 2 %, 3 %, bien, est-ce qu'on va empêcher 97 % des autres personnes d'intervenir? C'est la balance des avantages puis des inconvénients. Et les codes... comme je viens de le mentionner, le code de déontologie qu'on a dans chacun des ordres est là pour encadrer ça.

M. Zanetti : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Nous terminons cet échange avec le questionnement du député de Jonquière.

M. Gaudreault : Oui, merci beaucoup. Bienvenue. C'est quoi, la suite pour les infirmières et infirmiers quant à plus de possibilités de pratique, toujours dans le souci d'élargir l'accès à des soins de qualité pour les patients, patientes? Parce que vous nous dites : Profitez de la fenêtre qui est ouverte avec le projet de loi n° 31 pour modifier... je ne me souviens plus quel numéro d'article, là, l'article 36 de la Loi sur les infirmières pour prescrire et administrer des vaccins. Bon, là, il y a comme une occasion, on saute dessus, mais est-ce qu'on ne serait pas mieux de dire : Bien, on va faire plutôt quelque chose de plus large dans les prochaines étapes pour les infirmiers et infirmières?

M. Mathieu (Luc) : Qui sortirait du projet de loi sur la pharmacie?

M. Gaudreault : Oui.

M. Mathieu (Luc) : Bien là, oui, il y aurait des...

M. Gaudreault : Allez-y, là, vous avez du temps, là.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Mathieu (Luc) : ...il y aurait des avenues à explorer, compte tenu... Je vais vous donner des exemples bien simples, par exemple, là, puis ça a été soulevé au cours de la période d'été, là, que, dans la prescription de certaines choses, certains éléments de diagnostic, par exemple... je prends l'exemple d'une infirmière clinicienne qui est à l'urgence, au triage, et puis qu'il y a... un patient arrive, puis, à l'évidence, soit il a une fracture ou une foulure, pourquoi que l'infirmière ne pourrait pas prescrire une radiographie en attendant que le médecin vienne, parce que...

M. Gaudreault : L'IPS?

M. Mathieu (Luc) : ...pas nécessairement l'IPS, l'infirmière clinicienne, détentrice d'un baccalauréat, puisse prescrire une radiographie, alors quand le médecin se ramènerait à l'urgence, bien, ce ne serait pas pour prescrire la radiographie, ce serait pour initier le traitement, alors, ça, ça viendrait sauver du temps. Il y a d'autres examens qui pourraient être faits, par exemple, pour les personnes âgées, quand on veut détecter le delirium, il y a certains examens de laboratoire qui pourraient être prescrits. Ça, c'est des petits exemples. Il y en aurait autant comme ça qui pourraient faciliter. On avait déjà transmis, là, au ministère de la Santé, à la demande de la ministre, une série d'activités, là, où on pourrait mettre à contribution les infirmières, toujours pour favoriser l'accès.

M. Gaudreault : Donc, vous souhaitez un genre de projet de loi n° 31 pour les infirmiers et infirmières.

M. Mathieu (Luc) : Quelque chose du genre, oui, on serait très ouverts à ça.

M. Gaudreault : Mais, en attendant, vous préférez quand même qu'on essaie d'en profiter pour modifier le paragraphe 12°, là, de l'article 36 ou on fait la totale?

M. Mathieu (Luc) : Oui, bien là, on profite de ça, on y va de façon systématique.

M. Gaudreault : Vous ramassez vos billes au fur et à mesure, là, oui.

M. Mathieu (Luc) : Oui, oui, oui. Bien, il y a un projet de loi, peut-être, qui va être ouvert bientôt, là, concernant les infirmières, donc, ça, il y a une autre opportunité là.

M. Gaudreault : O.K. Ça va aller, M. le Président, merci.

Le Président (M. Provençal) : O.K. C'est beau?

M. Gaudreault : Oui.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie pour votre apport aux travaux de la commission.

Mémoires déposés

Avant de conclure les auditions, je procède au dépôt des quatre mémoires des organismes qui n'ont pas été entendus lors des auditions publiques.

Je vous remercie pour votre contribution à nos travaux.

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

(Fin de la séance à 17 h 24)