



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 30 octobre 2007 — Vol. 40 N° 12

Élection du vice-président

—

Étude détaillée du projet de loi n° 24 — Loi
modifiant la Loi sur l'assurance médicaments

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	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
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 30 octobre 2007 — Vol. 40 N° 12

Table des matières

Élection du vice-président, M. Bernard Drainville	1
Étude détaillée du projet de loi n° 24 — Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments	1
Étude détaillée	2
Modalités d'application du régime général	2
Dispositions applicables aux personnes couvertes par la Régie	2
Remarques finales	16
M. Éric Laporte	16
M. Bernard Drainville	16

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Philippe Couillard

Mme Lisette Lapointe

M. Russell Copeman

Mme Ginette Grandmont

Le mardi 30 octobre 2007 — Vol. 40 N° 12

Élection du vice-président

—
Étude détaillée du projet de loi n° 24 — Loi
modifiant la Loi sur l'assurance médicaments

(Quinze heures vingt minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, mesdames et messieurs, je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte. Je demande à tous les membres de la commission ainsi que le public de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires pendant la séance.

**Élection du vice-président,
M. Bernard Drainville**

Nous avons un premier mandat, cet après-midi, très court mais quand même très important aussi. Le mandat de la commission est de procéder, conformément à l'article 134 du règlement, à l'élection du vice-président de la commission.

Je vais vous rappeler la procédure. Conformément à l'article 127 du règlement, la Commission de l'Assemblée nationale a décidé, au début de la présente législature, que la vice-présidence de cette commission revenait à un membre du groupe parlementaire formant le deuxième groupe de l'opposition. Selon l'article 135 du règlement, le vice-président de chaque commission est élu à la majorité de ses membres de chaque groupe parlementaire.

Alors, je suis prêt à recevoir les propositions pour le poste de vice-président. Mme la députée de Crémazie.

Mme Lapointe (Crémazie): M. le Président, conformément à notre règlement, je propose que le député de Marie-Victorin, M. Bernard Drainville, soit élu vice-président de la commission pour la durée de son mandat.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée. M. le député, vous acceptez la proposition?

M. Drainville: Avec plaisir, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Alors, je mets cette proposition aux voix. Premièrement, est-ce que, de la part du groupe parlementaire formant le gouvernement, cette proposition est adoptée?

M. Copeman: Il semblerait. Oui, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce. Est-ce que, de la part du groupe parlementaire formant l'opposition officielle, cette proposition est adoptée?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Kelley): Et du deuxième groupe de l'opposition, je pense, fort bien, mais est-ce que cette proposition est adoptée?

Une voix: Adopté.

Le Président (M. Kelley): Alors, je déclare donc le député de Marie-Victorin élu vice-président de la Commission des affaires sociales. Alors, au nom des membres, bienvenue, M. le député. Ça va être agréable de travailler ensemble pour le bon fonctionnement de cette commission.

Je veux, avant de terminer, également souligner le travail accompli par l'ancien député de Charlevoix, M. Rosaire Bertrand, qui a été un membre assidu de plusieurs de nos commissions pendant 13 ans de sa carrière parlementaire ici, à Québec. Alors, bon succès à M. Bertrand dans sa retraite et ses projets à venir.

Alors, sur ça, je vais suspendre nos travaux quelques instants, et on va entreprendre un autre mandat. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 15 h 22)

(Reprise à 15 h 23)

Étude détaillée du projet de loi n° 24

Le Président (M. Kelley): Alors, on va procéder maintenant à notre deuxième mandat pour la journée. Je vais rappeler le mandat de la commission. La commission est réunie afin de procéder à l'étude détaillée du projet de loi n° 24, Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Dorion (Nicolet-Yamaska) remplace M. Roy (Montmagny-L'Islet).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. On passe maintenant à la rubrique des remarques préliminaires. Bienvenue au ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est à vous la parole, M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, de consentement avec nos collègues de l'opposition, nous pourrions remettre l'étape des remarques préliminaires et nous consacrer immédiatement à l'étude du projet de loi.

Étude détaillée

Modalités d'application du régime général

Dispositions applicables aux personnes couvertes par la Régie

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'il y a consentement pour procéder au vif du sujet? Alors, sans plus tarder, on va procéder à l'étude de l'article 1 du projet de loi n° 24. M. le ministre, article 1.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, dans le cahier de législation, dont, je suppose, chaque collègue a copie, on est organisé de la façon suivante. On a la disposition actuelle, à gauche, de la Loi sur l'assurance médicaments, qui est le texte législatif sur lequel on travaille, et, sur la colonne du milieu, la disposition telle qu'elle se présenterait après l'adoption de l'amendement ou de l'article souhaité.

Donc, le premier article du projet de loi touche l'article 24 de la Loi sur l'assurance médicaments et ajoute un quatrième alinéa, n'est-ce pas, M. le Président, avec un chiffre? Il faut toujours que je me...

Une voix: Paragraphe.

Le Président (M. Kelley): Paragraphe.

M. Couillard: Paragraphe? Ça y est, je me suis encore trompé. Vous voyez, ça fait quatre ans et demi, puis... Bonne chance à vous pour retenir, paragraphe et alinéa, la différence.

Alors, le quatrième paragraphe dit la chose suivante: «Une personne âgée de 65 ans ou plus qui reçoit 94 % ou plus du montant maximum du supplément de revenu mensuel garanti en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse.» Alors, il s'agit d'introduire une nouvelle clientèle de gratuité, au niveau des personnes âgées recevant 94 % à 100 % du supplément de revenu garanti.

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'il y a des questions ou des commentaires? M. le député de L'Assomption.

M. Laporte: Je sais, les dernières fois, en Commission des affaires sociales, ce qu'on faisait, c'est... on regardait le projet de loi dans son ensemble puis ensuite on adoptait, je pense, article par article. Voulez-vous qu'on fonctionne comme ça ou on y va vraiment...

M. Couillard: M. le Président, on a omis les remarques préliminaires justement pour ça.

M. Laporte: O.K. Donc, on le prend article par article. Parfait. Donc, je vais y aller avec mes questions pour l'article 1. Je crois que c'est important. On parle de 94 %, les gens qui touchent au moins 94 % du supplément de revenu garanti. Si le ministre a décidé de mettre un chiffre de 94 %, j'aimerais connaître toutes les raisons pour lesquelles c'est 94 % et non pas un autre chiffre. Autrement dit, j'aimerais ça qu'on rentre un petit peu dans les coûts des autres mesures. Parce qu'on se rappelle, en 2003, la promesse qui avait été faite des libéraux de

donner la gratuité à l'ensemble des personnes âgées qui touchaient le supplément de revenu garanti. Donc, si on a décidé d'y aller avec 94 %, j'aimerais savoir combien aurait coûté la promesse libérale de 2003 puis aussi savoir pourquoi on n'a pas été un petit peu plus loin, pourquoi on n'a pas pris 75 %. Donc, qu'on m'explique un petit peu, là, les différents coûts.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, M. le Président, donc il s'agit d'ajouter, depuis 2003, environ 325 000 personnes à la population qui reçoit les médicaments gratuitement, dont la clientèle des personnes âgées à faibles revenus.

Quant aux motifs et au mécanisme de fixation de la limite à 94 %, qui est la question du collègue, elle a été établie en 2002 par mon prédécesseur immédiat, qui est l'actuel député de Rousseau, qui était à l'époque député de Rousseau également. Il faut un jour fixer une limite de classification dans ces échelles-là, sachant que toute fixation de limite appelle nécessairement une demande de modification de limite. Mais je pense qu'on doit s'en tenir à cette limite-là, et il y a là un progrès important pour les personnes à faibles revenus. On parle de personnes âgées dont le revenu tourne autour de 13 000 \$ par année, si on inclut maintenant le 94 % à 100 %, donc de gens qui n'ont pas des revenus élevés. Par correspondance ou par comparaison, l'autre partie de la population à laquelle nous redonnons la gratuité, les assistés ou les prestataires d'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi ont des revenus qui tournent autour de 7 000 \$ par année. Donc, on parle de gens avec des revenus très faibles, et c'est une bonne chose qu'on ait réintégré 325 000 personnes à la gratuité, effectivement.

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

M. Laporte: On s'entend que, si le ministre et son équipe, à l'époque, avaient quand même fait la promesse aux personnes âgées de donner la gratuité à l'ensemble des personnes âgées qui touchaient le supplément de revenu garanti, c'est parce qu'ils devaient l'avoir chiffrée, cette promesse-là. Ils devaient avoir en tête... S'il avait fait la promesse, c'est parce qu'il est conscient que, oui, ces personnes-là avaient un besoin de gratuité. Donc, est-ce que le ministre pourrait me donner les chiffres, combien cette mesure-là coûterait?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, là-dessus, M. le Président, on a eu l'occasion d'en débattre pendant la campagne électorale, de cette question-là. Nous, on a dit aux Québécois: Écoutez, on a redonné la gratuité à 325 000 personnes qui l'avaient perdue, ce qui est considérable, et la population pourra établir son jugement là-dessus. Elle l'a fait d'ailleurs lors de l'élection, et c'est aux autres partis de voir si on veut aller plus loin.

Entre zéro et 94 %, si on l'ajoutait du jour au lendemain, ce serait 150 millions de dollars récurrents que ça coûterait, d'une part. D'autre part, on défait complètement l'équilibre du régime général d'assurance médicaments, qui est un régime à copaiement gradué selon le revenu, et donc il faudrait probablement abandonner

une grande partie de la couverture pour d'autres clientèles ou rehausser considérablement les primes des travailleurs autonomes, par exemple, qui sont la majorité des personnes qui soutiennent le régime d'assurance médicaments, ce qu'on appelle les adhérents ou les personnes qui n'ont pas de régime collectif.

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

M. Laporte: On sait que le ministre, la raison pour laquelle il ne pouvait pas donner la gratuité à 100 % des personnes âgées qui touchaient le supplément de revenu garanti, c'était qu'il disait qu'il voulait attendre de voir comment fonctionnerait l'axe Usage optimal des médicaments, voir les économies qu'il pourrait aller tirer de cet axe-là. J'aimerais savoir si on peut avoir des objectifs concernant l'usage optimal des médicaments, s'il y a des économies chiffrées qu'on peut faire à moyen et à long terme. Parce que certains des échéanciers de l'axe... On parle de décembre 2009, on parle de décembre 2008. Donc, est-ce que le ministre est en mesure de nous faire un échéancier des économies qu'on va aller chercher avec la politique du médicament?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (15 h 30) ●

M. Couillard: C'est très difficile de le faire, puis ça l'a été pour l'ensemble des pays du monde qui ont des régimes d'assurance médicaments, parce que la question de l'usage optimal des médicaments touche foncièrement les questions de comportement de la part de la population, d'une part, et, d'autre part, des décisions professionnelles de la part des prescripteurs, qui sont les médecins. Alors, on peut établir, et c'est ce qu'on va faire, des politiques d'encouragement, ou de sensibilisation, ou même des actions concrètes, tels que la revue de médication à domicile pour les personnes âgées ou l'envoi d'un profil de prescription au médicament dans un but d'éducation... au médecin, pardon, dans un but d'auto-formation et de comparaison, mais il est impossible, et ce l'a été pour l'ensemble des États qui ont des régimes d'assurance, d'évaluer de façon précise l'importance de l'économie.

Et ça l'est en général pour l'ensemble des mesures touchant les médicaments. Par exemple, dans le mandat précédent, il y avait eu des ententes avec des compagnies pharmaceutiques, pour deux ou trois classes de médicaments, qui devaient présumément apporter des rendements d'environ 80 à 90 millions de dollars. Or, les rendements ne se sont jamais matérialisés, la raison étant que, dans ce domaine de l'usage optimal et de la prescription, l'État n'a pas tous les leviers et ne tient pas la plume du prescripteur, essentiellement. Alors, on peut envisager que des actions de sensibilisation et de mise en conscience, de la part des professionnels et de la population, de cette question-là aient des résultats, mais ce serait bien hasardeux et très téméraire à mon avis de vouloir les chiffrer de façon précise.

Ce qu'on a dit cependant, c'est que ces bénéfices apparaissant et pouvant être chiffrés de même que les bénéfices liés aux ententes de partage de risques et autres ententes qu'on peut conclure avec l'industrie pharmaceutique, ces bénéfices seraient versés au Fonds

de l'assurance médicaments et pourront alors être quantifiés, et on pourra alors évaluer la possibilité d'étendre la gratuité. Mais je pense qu'il va falloir le faire avec beaucoup de prudence parce que, comme je l'ai expliqué tantôt, à partir du moment où on continue à descendre dans l'échelle du supplément de revenu garanti, c'est l'équilibre même du régime qui entre en question, et là il faut soit modifier radicalement le régime d'assurance médicaments et forcément retirer des bénéfices et de la couverture à une autre partie de la clientèle, quel que soit le modèle final qu'on va choisir... Alors, le modèle qui a été adopté à l'avantage d'élargir la couverture à des gens qui n'avaient pas auparavant d'assurance médicaments.

Mais le régime d'assurance médicaments du Québec se comporte de deux volets: il y a un véritable volet d'assurance; il y a également un volet d'assistance et de gratuité. Alors, il est clair que c'est le contribuable en général et les contributeurs de primes et de contributions du régime qui soutiennent le coût des mesures d'assistance. Alors, il faut être prudent avant de les faire progresser directement à travers le régime d'assurance médicaments. On pourrait, par exemple, envisager éventuellement des outils fiscaux pour avoir à peu près le même résultat net sur le plan du revenu des gens, mais il faut être conscient qu'à partir du moment où on diminue le nombre de personnes qui participent au régime en tant que, par exemple, copayeurs du régime on se trouve à en altérer l'économie de façon radicale. Il faut être très conscient de ça.

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

M. Laporte: D'où l'importance, M. le Président, d'avoir une politique du médicament qui a certains objectifs. Quand je vous parlais d'utilisation optimale du médicament, bien le ministre me parle: Il faut être prudent justement quand on donne des gratuités, parce qu'on enlève le nombre de personnes qui participent au régime. D'où l'importance de l'axe 3. Puis ce que je déplore, c'est que justement, comme le ministre disait, on n'a aucun chiffre, il n'y a aucun moyen de chiffrer les objectifs. Donc, comment pouvons-nous avoir un but précis, comment pouvons-nous essayer d'avoir une vision? Supposons... Comme, les personnes âgées, ce qu'elles demandent présentement, c'est d'avoir un calendrier qui nous amènerait vers la gratuité, pour dans le fond tenir la promesse libérale de 2003, la gratuité pour toutes les personnes qui touchent le supplément de revenu garanti.

Donc, ce qu'on aimerait voir, du côté des personnes âgées, c'est un calendrier qui nous dirait: Oui, en telle année, nos politiques d'utilisation optimale du médicament vont avoir fait leurs effets, puis on va pouvoir donner des gratuités supplémentaires. Présentement, on est complètement dans le flou, on est dans un vide parce qu'on n'a aucune idée combien ces mesures-là vont rapporter. Donc, j'aimerais savoir si le ministre serait en mesure aujourd'hui... Ou qu'il aille refaire ses devoirs puis qu'il nous revienne plus tard avec un calendrier possible qui nous amènerait à la gratuité pour les personnes âgées.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, les devoirs ont été faits. C'est presque trois ans de travail qui ont mené à la politique du médicament et notamment la comparaison de ce qui est fait ailleurs dans le monde. Et, à la lumière de cette comparaison, on se rend compte qu'il est quasi impossible, sinon impossible, de chiffrer ou d'évaluer ces bénéfices. Il vaut mieux faire ça et le dire franchement que de mettre des bénéfices hypothétiques qui n'ont aucun rapport avec des fondements réels.

Maintenant, notre position là-dessus est bien connue. Ce qu'on a accompli en termes de gratuité est connu par la population. Il reste maintenant aux autres partis politiques à se prononcer sur ce qu'eux voudraient faire éventuellement. Je sais qu'à l'ADQ ça n'a pas été fait. Du côté du Parti québécois, on aura peut-être l'occasion d'en discuter au cours de la session en cours ou des autres sessions. Mais je me souviens, dans le débat des chefs, où le chef de l'ADQ, lorsque commentant sur la question de l'assurance médicaments, disait qu'il fallait, entre guillemets, resserrer le régime — fermez les guillemets. En général, quand on resserre un régime, on n'améliore pas sa générosité. Et il a été très difficile de savoir, comme c'est souvent le cas dans les positions de l'opposition officielle, il a été très difficile de savoir les détails. Une fois qu'on a dit ça, oui, mais c'est quoi? Quel genre de médicament qu'on n'inscrit plus? Est-ce qu'on va obliger les médecins à prescrire un médicament plutôt qu'un autre? Est-ce qu'on va restreindre les bénéfices des personnes qui sont couvertes? Resserrer, c'est quoi? Et je pense qu'on a l'occasion peut-être d'entendre aujourd'hui, de la bouche du député, des détails là-dessus puis des propositions concrètes.

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

M. Laporte: C'est assez drôle d'entendre le ministre parler d'être franc puis de dire la vérité, quand, en 2003, il promettait... Puis, même le premier ministre avait signé une lettre qu'il envoyait aux aînés: Puis on vous promet la gratuité pour tous les aînés qui touchent le supplément de revenu garanti. Donc, il me parle d'être franc, il me parle d'être honnête, puis en 2003 il essayait d'aller chercher des votes en faisant de belles promesses qu'il n'avait même pas, à l'époque, chiffrées.

M. Couillard: Il faut être prudent avec ce genre de propos, M. le député.

M. Laporte: Bien, c'est des promesses. Il faut être responsable de ce qu'on dit. Puis, écoutez, ça a été...

M. Couillard: Non. On est tous ici, puis lorsqu'on est au gouvernement ou à l'opposition, animés du désir de bien servir les Québécois puis d'aller au maximum des possibilités. On présente des objectifs, puis ensuite on dit à la population: Voici ce qu'on a accompli. Moi, je suis très fier de dire à la population qu'on a redonné la gratuité à 325 000 personnes démunies qui l'avaient perdue auparavant, parce que, même si l'introduction du régime d'assurance médicaments a eu en soi des effets bénéfiques, notamment celui de donner une couverture d'assurance médicaments à environ 1,5 million de personnes qui n'en avaient pas, ça s'est accompagné de l'effet pervers de la perte de gratuité pour des

personnes qui avaient cette gratuité auparavant, notamment les prestataires d'assistance-emploi et également les personnes âgées à faibles revenus. Alors, voici ce qu'on a accompli.

Nous, actuellement on n'a pas de plan pour poser d'autres actions à court terme dans ce domaine-là, à moins de le faire par des moyens fiscaux, et on verra quels seront les bénéfices dégagés par la politique du médicament, éventuellement. Mais je pense qu'une fois qu'on a dit ça, nous, c'est maintenant le rôle aux partis d'opposition de dire ce qu'eux feraient et comment ils financeraient ladite proposition, mais quelle en est la nature. À date, le style de l'opposition officielle a toujours été de lancer des idées, même pas des idées, mais des sujets de débats, et de se retirer rapidement pour observer quelle est la suite des événements et voir où souffle un peu le vent de l'opinion publique, et de ne jamais rentrer dans les détails. Par exemple, on abolit les commissions scolaires, mais on ne dit pas comment. On dit qu'on va resserrer l'assurance médicaments, mais on n'en dit pas un mot de plus. Et on a encore une fois, ces jours-ci, avec l'actualité, d'autres exemples là-dessus.

Là-dessus, nous, on est cohérents avec ce qu'on a dit depuis les dernières années. On a dit franchement aux Québécois... D'ailleurs, il y a une époque, même dans le premier mandat, où on se demandait si on serait en mesure de remplir autant qu'on a rempli là. On a dit aux Québécois: Voilà ce qui a été fait. Ils le savent très bien, les citoyens, qu'il y a 325 000 personnes qui ont reçu la gratuité. Maintenant, comment est-ce qu'on peut aller plus loin? Bien, certainement avec une politique du médicament qui dégage des bénéfices puis peut-être par d'autres manières que de s'attaquer aux fondements mêmes du régime d'assurance médicaments. Les prochaines années seront l'occasion de le faire.

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

M. Laporte: Donc, si je comprends bien, je peux retourner dans les clubs d'âge d'or, dans les résidences de personnes âgées, demain matin, puis annoncer officiellement: Le ministre de la Santé n'a aucun intérêt, n'a pas l'intention d'essayer d'augmenter la gratuité pour les personnes âgées. Est-ce que le ministre peut juste me confirmer ça?

M. Couillard: Bien, M. le Président, le collègue aura l'occasion de dire qu'il n'y a jamais un gouvernement qui, en l'espace de si peu de temps, n'a redonné la gratuité à autant de personnes âgées à faibles revenus. Je suis certain qu'il va le mentionner, connaissant son haut niveau d'honnêteté intellectuelle, dont personne ne doute. Alors, il va dire ça: Il y a à peu près 60 000 personnes âgées à faibles revenus qui ont retrouvé la gratuité des médicaments, dont certains, mesdames et messieurs, qui sont dans la salle actuellement. Je suis certain qu'il va vouloir le faire.

Maintenant, il va certainement vouloir leur expliquer également ce que son parti politique, lui, propose. Il va chiffrer précisément les propositions concernant l'accessibilité aux médicaments. Il va expliquer comment il va financer ça. Il va expliquer également qu'est-ce que son chef voulait dire lorsqu'il parlait de

resserrer le régime d'assurance médicaments. Lorsqu'on parle aux clubs de l'âge d'or, ce qu'on fait tous dans nos circonscriptions respectives, bien je pense qu'on doit s'adresser aux aînés de façon complète. Et, si on y va pour dénoncer les adversaires politiques, c'est bien, mais encore faut-il avoir soi-même des propositions à leur faire.

Le Président (M. Kelley): M. le député de L'Assomption.

M. Laporte: Le ministre veut m'expliquer un petit peu quoi dire, mais je vais lui expliquer, moi, ce que j'ai l'intention de dire puis ce qui est la vérité. C'est qu'en 2003 le ministre avait fait des belles promesses, qu'il n'a pas été capable de tenir parce que c'étaient des promesses qui étaient non chiffrées, qui n'étaient pas réalistes, selon ce qu'il me dit présentement. Donc ça, c'est, premièrement, ce que je vais rappeler.

Puis, deuxièmement, je vais rappeler aux gens que ça a pris quand même au-dessus de quatre ans avant qu'on puisse mettre une mesure sur pied. Autrement dit, le projet de loi qu'on est en train de voter aujourd'hui, c'est une vieille promesse qui monte de 2003, qu'il n'a pas été capable de tenir. Donc, pourquoi avoir attendu si longtemps pour mettre une telle mesure sur pied? La seule conclusion que je peux en tirer, c'est qu'il y avait des élections qui s'en venaient six semaines plus tard, puis là le ministre s'est dit: Je ne peux pas me représenter encore aux élections avec une promesse non tenue, donc je vais essayer d'en donner un petit morceau, puis, le reste, on mettra ça de côté. Donc, c'est le message que, moi, je conclus, là, des propos du ministre, puis... À moins que le ministre puisse me dire le contraire. Ma question pour le ministre: Pourquoi avoir attendu si longtemps avant de mettre la mesure sur pied?

● (15 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Parce qu'il fallait se doter d'une politique du médicament, puis c'est très compliqué. En fait, si le député fait un examen de la situation, il va constater que la politique du médicament adoptée par le gouvernement du Québec fait l'objet de beaucoup d'intérêt au niveau international. Il y a de nombreux pays qui considèrent de façon très intéressée le fait qu'un État réussisse à se doter d'une politique intégrée qui unit à la fois la question de l'accessibilité aux médicaments, de la justesse du prix, de l'usage optimal et également de l'aspect économique de création de la prospérité par la présence chez nous d'une industrie pharmaceutique qui est dynamique et importante. Alors, je pense qu'il y a là de quoi être fiers comme Québécois. Il fallait le faire. C'est un long travail, c'est plusieurs années de travail qui ont permis d'en venir là.

Mais, sur la même lancée, et je trouve qu'il aurait intérêt à pousser le débat plus loin. L'assurance médicaments, ça fait partie du système de santé. Récemment, son chef a dit qu'il y avait trop d'argent dans le système de santé puis qu'il hésiterait à en mettre plus. Récemment, son collègue de Chauveau a dit qu'il ferait en sorte de réduire de 1 milliard de dollars les revenus du gouvernement, dans un hypothétique gouvernement adéquat. Alors, il va pouvoir, lors de sa visite auprès

des aînés, leur expliquer quels services seront supprimés au niveau des services à domicile, ou de l'hébergement, ou de l'assurance médicaments actuelle. Alors, je suis certain qu'il va faire un portrait très complet de la situation, incluant celui-là.

Le Président (M. Kelley): M. le député de...

M. Laporte: J'ai encore un petit peu de temps?

Le Président (M. Kelley): Oui, continuez.

M. Laporte: Ah, c'est bon! Vous savez, la raison pour laquelle je pose autant de questions sur les chiffres, puis tout ça, c'est que je suis quand même inquiet de voir la façon dont le ministre gère la politique du médicament. Tantôt, je vous parlais, le manque de chiffres, le manque d'objectifs concrets. Bien, on a eu un exemple dernièrement, là, que le ministre est quand même capable de mettre sur pied des mesures assez improvisées puis d'y aller avec des mesures assez vides de sens. On a vu, dans la politique... bien dans le premier dépôt qui avait été fait, là, la consultation pour la politique du médicament, la marge bénéficiaire des grossistes était proposée à 6 %. Le ministre est allé en consultation, il y a eu de la pression, il y a eu du lobbying, mais le ministre a abaissé son plafond de 9 % à 7 %, en se disant: Bien, les grossistes vont nous proposer des marges qui vont être autour de 6 %. Le ministre a été le seul surpris de voir que tous les grossistes ont demandé des marges à 7 %. Donc, le ministre est encore une fois revenu sur sa décision puis a décidé, maintenant, de mettre le plafond des marges à 6 %.

Sa première mesure aurait coûté 30 millions aux Québécois, au régime général d'assurance médicaments. Je ne sais pas si le ministre va pouvoir me confirmer le chiffre de 30 millions, mais, moi, j'en suis pas mal sûr. Donc, la mesure qu'il a décidé de prendre dernièrement, encore une mesure mur à mur, improvisée à la dernière minute pour corriger une situation qu'il avait créée, bien cette mesure-là, le laps de temps que ça va prendre avant que ça passe de 7 % à 6 %, ça risque de coûter environ 5 millions aux Québécois. Donc, son erreur, le cafouillage du ministre, va coûter environ 5 millions. Donc, quand je regarde l'ensemble du budget du médicament, je me demande justement si le ministre a bien chiffré, a bien calculé toutes ces mesures de la politique du médicament, pour ne pas qu'il arrive d'autres erreurs comme il a commis dernièrement.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: C'est curieux, M. le Président, j'ai beau fouiller dans ma mémoire, là, puis de me souvenir de cette commission parlementaire sur la politique du médicament, les souvenirs de la présence de l'opposition sont très épars. Je ne suis même pas sûr d'en identifier avec certitude quelques éléments. Mes souvenirs de quelque proposition que ce soit sur cette question-là sont, là, totalement absents. Je ne me souviens pas qu'on ait fait aucune proposition.

D'ailleurs, c'était assez classique à l'époque. Évidemment, quand on ne prend pas position, c'est facile. Après, on peut ajuster sa position selon l'évolution des

choses. Parce que, s'ils avaient été plus assidus à la commission parlementaire, s'ils avaient été présents lorsque ces dépositions se sont faites, ils sauraient que des éléments très importants ont été signalés autour de la marge bénéficiaire des grossistes, notamment la desserte des régions éloignées du Québec, notamment des emplois, particulièrement ici, dans la région de la Capitale-Nationale, liés à certaines activités des grossistes. Et c'est effectivement après les négociations avec le groupe des grossistes qu'on a accepté de fixer la marge à 7 %.

Selon eux, il y aurait là le jeu du libre marché, quelque chose que l'ADQ aime beaucoup, le libre marché, la concurrence, le privé qui a réponse à tout, et que ce jeu de concurrence ferait en sorte que les marges, dans la pratique, s'équilibreraient entre 5,5 % et 7 %. Or, effectivement, ce n'est pas ce qui s'est produit, on l'a tous vu. Sans attendre même la publication finale — d'ailleurs, c'est assez surprenant, hein? — juste pendant la phase de prépublication, même pas en attendant la phase finale de publication, ils ont augmenté, tous, sauf une exception, qui l'a demandé à la fin, de monter à 7 %, ce qui effectivement est inacceptable. Alors, on a eu de la bonne foi puis on a tenu compte d'éléments tels que les emplois, telle que la desserte de régions. On a fait confiance à ce groupe-là. Je ne dis pas que notre confiance était mal placée, mais clairement les événements ont montré que la loi du marché, loi de la concurrence, ne s'appliquait pas du tout dans ce secteur de la distribution des médicaments, de sorte qu'effectivement on va tout ramener ça à 6 %, et ce sera à coût nul. À ce moment-là, à 6 %, il n'y a pas de dépense supplémentaire.

Alors, je pense qu'il est certainement bienvenu au collègue de soulever la question et d'écouter les explications qui sont données, mais il est également bienvenu de rappeler qu'à l'époque de la discussion sur cette question importante, autant dans le prédocument que dans la politique elle-même, je ne me souviens pas d'une proposition chiffrée, précise de l'ADQ sur la question.

Le Président (M. Kelley): M. le député de L'Assomption.

M. Laporte: Je pense que le coût, là, je n'ai pas le chiffre devant moi, mais on parle de 22 millions, je crois, la mesure, là, pour donner la gratuité aux personnes âgées, là, qui reçoivent...

M. Couillard: ...16 puis 6.

M. Laporte: Donc, on parle de montants de 16 millions et 6 millions. Est-ce que le ministre peut me confirmer que l'erreur qu'il a commise avec la marge bénéficiaire des grossistes va coûter 5 millions?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Non, je ne suis pas en mesure de confirmer ça du tout. On verra le coût lorsqu'on aura adopté le règlement final, puis on pourra le communiquer à ce moment-là. Mais c'est facile d'appeler erreur a posteriori quelque chose qui était fait par consensus.

Nous, on gouverne par consensus. Et, lorsqu'on s'est assis avec les gens de cette industrie-là, ils avaient des arguments qui nous amenaient à penser qu'il fallait être prudent et notamment penser à ce qui amène un grossiste à desservir un village éloigné ou à préserver des emplois dans une région comme la région, ici, de la Capitale-Nationale. Comme je l'ai dit, est-ce que cette confiance était mal placée? Peut-être que les événements tendraient à nous faire conclure que oui, mais je ne peux pas regretter, moi, d'avoir fait confiance aux gens. C'est plutôt comme ça que j'aime procéder. Ayant constaté ce qui s'est produit, on revient à 6 %.

M. Laporte: Le fait de revenir à 6 %, c'est quand même désavantageux pour certains grossistes, certaines chaînes, entre autres, je crois, Familiprix. Donc, le ministre a mis sur place le 6 %, donc une mesure mur à mur, sans tenir compte des différentes situations. Est-ce que le ministre a déjà envisagé d'y aller avec une marge bénéficiaire par modèle d'affaires? Ou est-ce que le ministre a l'intention de mettre sur pied une mesure qui va tenir compte de l'ensemble des situations, qui va durer plus longtemps que d'une mesure qu'on dit: Bon, on tombe à 7 %, on revient à 6 %? Est-ce qu'il va improviser comme à chaque année ou il a l'intention de mettre sur pied vraiment une mesure, là, concrète?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, ça va rester à 6 %. Puis, tous les modèles ont été envisagés, notamment des modèles de découpage géographique, des modèles d'affaires, comme il le mentionne. Tout a été essayé. D'ailleurs, on a, à de multiples reprises, sollicité le regroupement des grossistes à nous faire des propositions, mais, chose qui n'est pas vraiment surprenante, ces propositions ne sont jamais venues, autres que des demandes qui étaient encore plus supérieures à celles qu'on a faites actuellement. Et encore une fois, moi, j'attends avec beaucoup d'impatience et presque de la trémulation, M. le Président, la proposition de l'opposition officielle sur la question. On sera intéressé à l'étudier.

M. Laporte: Le ministre dit qu'il y a eu des études qui ont été faites sur différents modèles. Est-ce que ce serait possible pour le ministre de les rendre disponibles pour l'opposition officielle? S'il veut nous aider, s'il veut vraiment qu'on l'aide dans ses travaux, est-ce qu'il peut nous rendre l'information disponible?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Les collègues ont d'amples ressources pour le faire. Il s'agit de documents de travail qui sont gardés, et qui ne sont plus utilisés maintenant, et qui contiennent des éléments confidentiels quant aux pratiques commerciales de certaines entreprises québécoises qui ne seraient certainement pas heureuses qu'elles circulent. Alors, je vais laisser le député faire son périple puis aller rencontrer les différentes entreprises, puis il va constater comme nous que c'est un milieu dans lequel il n'y a aucune unité, qu'il y a des milieux et des modèles d'affaires très différents et qu'il y

a des compromis à faire certainement puis des décisions à prendre, et c'est la décision de la fixer, cette marge, à 6 %. Elle permet de faire l'exercice à coût nul.

Le Président (M. Kelley): Ça va pour le moment, ou vous voulez continuer, ou...

M. Laporte: Bien, je reviendrai plus tard avec d'autres questions.

Le Président (M. Kelley): Vous pouvez, si vous voulez. Est-ce qu'il y a d'autres demandes d'intervention sur l'article 1? M. le député...

M. Drainville: M. le Président, je vais céder mes premières questions à ma collègue, ici, de Crémazie.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Crémazie.

Mme Lapointe (Crémazie): Merci, M. le Président. Évidemment, le fait de rendre la gratuité des médicaments aux personnes qui sont prestataires d'assurance-emploi, c'est une très bonne chose. Quant aux personnes de 65 ans et plus, j'étais, hier, à la consultation sur les conditions de vie des aînés, qui se déroulait dans la Résidence Les Cascades, qui se trouve dans mon comté, une résidence, là, qui compte beaucoup de personnes aînées, et on a beaucoup entendu parler de personnes qui vivent des situations très difficiles, qui sont démunies. Et la question du coût des médicaments est revenue à plusieurs reprises au cours de la journée.

Alors, pour certaines d'entre elles, c'est une bonne nouvelle, cette loi, sauf que, les personnes qui n'y ont pas accès, évidemment il arrive parfois des situations où on doit choisir entre l'épicerie, cette semaine, ou les médicaments. Et je pense que tous les collègues autour de la table, quel que soit le parti politique, ont déjà entendu ces choses-là. Là, on redonne la gratuité, je crois, à 29 000 personnes âgées. Ce que j'aimerais comprendre, c'est: Quels facteurs ont déterminé le choix du 94 % du supplément de revenu? Parce qu'on sait qu'il y a des personnes qui en reçoivent évidemment moins que ça mais qui ne sont pas riches. Alors, c'est ma question au ministre.

● (15 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, j'ai répondu tantôt à la question, c'était la limite qui a été faite...

Mme Lapointe (Crémazie): Sur la question des coûts?

M. Couillard: Non. Le 94 % a été fixé par le gouvernement précédent, par le député de Rousseau alors qu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux, en faisant, je présume — et mes collègues...

Mme Lapointe (Crémazie): Et je me demandais, M. le ministre, si vous avez... Est-ce que vous avez évalué ce facteur-là à nouveau?

M. Couillard: Certainement. Parce qu'il est clair que, dès qu'on fixe une limite, la prochaine pression vient pour modifier la limite. Et c'est la nature humaine et la nature de nos sociétés qui est comme ça. Je suppose qu'on a à l'époque procédé par comparaison de revenus. Je pense que c'est la raison pour laquelle on a fait ça. On parle de personnes qui ont des revenus d'environ 13 000 \$ par année, tandis que les personnes assistées sociales ou recevant de l'assurance-emploi reçoivent environ 7 000 \$ de revenu.

Mais, moi, ce qui m'intéresse beaucoup, et je pense que c'est une question qui va intéresser également les membres du parti politique que représente la députée de Crémazie, c'est de voir comment se fait-il qu'on a eu à réintroduire cette gratuité-là. Elle a été retirée pas par nous, cette gratuité, elle a été retirée par le gouvernement de son parti politique, qui pourtant se qualifie de sociodémocrate et de progressiste, et c'est curieux de voir qu'à l'époque on a retiré une gratuité de médicaments à 325 000 personnes, toutes démunies, auxquelles nous redonnons la gratuité.

Alors, effectivement, je pense qu'on peut faire des progrès supplémentaires dans l'accessibilité aux médicaments, mais il faut se souvenir d'une chose, c'est que c'est encore au Québec que l'État est le plus généreux, de loin, au Canada, pour la couverture des médicaments, notamment pour les personnes âgées qui bien sûr ont à vivre dans des situations difficiles notamment sur le plan économique, mais paient actuellement, au Québec, une fraction du coût réel des médicaments, plus faible que partout ailleurs au Canada. C'est au Québec que l'État prend en charge le plus grand pourcentage du coût des médicaments, de loin, là, de toutes les provinces canadiennes.

Alors, effectivement, on peut toujours et on doit toujours tenter de faire mieux, mais je crois qu'on est dans une situation qui est quasi unique actuellement. Il y a une autre province où le niveau d'accessibilité pour les personnes démunies s'approche de celle du Québec, c'est la Colombie-Britannique. Les autres provinces souvent n'ont même pas d'assurance médicaments. La preuve, c'est qu'on parle actuellement, dans le reste du Canada, de peut-être mettre sur pied un régime catastrophe. Un régime catastrophe, c'est quelque chose qui entre en jeu lorsqu'on a dépensé, par exemple, 3 000 \$ ou 4 000 \$ de médicaments. Puis, à ce moment-là, le gouvernement prend la suite. Alors, on voit qu'on est à des années-lumière, au Québec, de ce qui se fait dans le reste du pays. Et je l'ai reconnu tantôt. Tout en posant cette question sur le retrait de la gratuité, j'ai reconnu que l'apparition du régime avait été un élément positif parce qu'il avait donné de la couverture d'assurance à environ 1,5 million de personnes qui n'en avaient pas, étant travailleurs autonomes ne bénéficiant pas d'un régime collectif.

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

Mme Lapointe (Crémazie): ...M. le Président. Vous savez, je comprends très bien que le 94 % donc était un facteur qui avait été déterminé il y a longtemps. Mais ce que j'entendais hier, c'est que certaines personnes qui ont des pathologies assez compliquées peuvent dépenser jusqu'à 300 \$ pour des médicaments

dans un mois. Vous savez, 300 \$, c'est beaucoup de sous. Je comprends qu'on a un bon régime, mais, si on l'avait étendu... Là, je crois que ça couvre 29 000 personnes âgées supplémentaires, la mesure actuelle. Si on l'avait étendu à toutes les personnes qui bénéficient du supplément au revenu garanti, de sécurité garantie, ça aurait touché combien de personnes? Ce serait combien de personnes de plus si on l'étendait à tout le monde?

Le Président (M. Kelley): Le chiffre est prêt?

M. Couillard: Alors, on parlerait, M. le Président, de plus de 390 000 personnes. Et là il faudrait fixer une autre limite, qui serait accompagnée d'une autre demande pour baisser encore la limite, et on priverait le régime au minimum de contributions de 56 millions, qu'il faudrait aller demander aux adhérents et aux jeunes travailleurs autonomes, qui n'ont pas de régime collectif.

Mme Lapointe (Crémazie): Il faudrait peut-être, M. le Président, que... Je comprends que ça, c'est des sommes énormes. Je pense qu'il faudrait peut-être regarder, pour les personnes âgées, d'autres moyens de les aider à éviter des hausses de tarifs, de coûts, de frais de résidence, etc. Voilà. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée de Crémazie. Maintenant, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Non. C'est lui qui a signalé... Ici, tous les membres ont le droit de poser des questions. Je les prends en ordre. Alors, c'est le député de Notre-Dame-de-Grâce qui a demandé. Alors, je vais revenir à vous après.

M. Copeman: Bien, M. le Président, des commentaires de la députée de Crémazie me laissent un peu perplexe. Elle a parlé d'un coût mensuel allant jusqu'à 300 \$. M. le Président, si une personne est inscrite dans le régime général d'assurance médicaments, même avec... le montant maximum mensuel est de 71 \$. Alors, soit ce médicament est très hors liste ou il y a des complications, là. Mais, médicaments hors liste, ça, c'est une autre question. Mais la contribution mensuelle maximum pour une personne qui ne reçoit aucun, zéro dollar du supplément de revenu garanti est de 73,42 \$, en 2006, là. Alors, 300 \$ par mois, là, ça ne marche pas, à moins que c'est, encore une fois, un médicament hors liste, qui n'est pas assuré. Mais, tous les médicaments assurés, il est impossible qu'une personne âgée paie 300 \$ par mois, quand le maximum... Le maximum par année a été, en 2006, 881 \$. C'était le maximum qu'un aîné pouvait dépenser. Et, mensualisé, c'est 72 \$. Ça fait que le commentaire de la députée de Crémazie me laisse un peu perplexe.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le député. M. le député de Marie-Victorin.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Pardon?

Mme Lapointe (Crémazie): Je ferai une vérification.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée. Et, juste pour expliquer la façon de procéder dans une étude d'un projet de loi, chaque membre de la commission a un maximum de 20 minutes de droit de parole par article. Alors, j'ai donné la parole parce que le député de L'Assomption l'a signalé en avant. Mais je vais juste voir autour de la table, et, quand quelqu'un veut intervenir, vous avez votre temps en banque. On va comptabiliser tout ça et on va prendre ça dans l'ordre, quand je vois la manifestation d'un intérêt de poser des questions. C'est à vous la parole, M. le vice-président.

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le ministre, évidemment, bon, vous soulevez l'argument à l'effet que, si on étendait à un plus grand nombre de prestataires du supplément de revenu garanti la gratuité, on mettrait en péril, dites-vous, l'équilibre ou en tout cas on mettrait en cause l'équilibre du régime. Il va de soi, M. le Président, qu'il aurait peut-être fallu, à ce moment-là, que le premier ministre et chef du Parti libéral, à ce moment-là, il aurait peut-être fallu qu'il pense à cet équilibre avant de prendre l'engagement de donner la gratuité à tous les prestataires de revenu garanti. Parce qu'en 2003, je l'ai, la lettre, ici, puis effectivement il s'engage à donner la gratuité des médicaments pour les personnes qui reçoivent le supplément de revenu. Alors, je ne sais pas pourquoi est-ce qu'il a pris cet engagement-là, si effectivement c'est un engagement qui mettait en péril l'équilibre du régime. Je ne sais pas si vous souhaitez réagir?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, la seule réaction que j'aurais, c'est que c'est à la population de juger. On a un parti qui a retiré la gratuité à 325 000 personnes démunies. On a un parti qui a redonné la gratuité à 325 000 personnes démunies. Bien oui, c'est à l'électeur et au citoyen de juger.

● (16 heures) ●

M. Drainville: Par ailleurs, M. le Président, le calcul que je fais ici, moi, c'est qu'il y a 69 000 personnes qui ont reçu la gratuité, c'est-à-dire SRG maximum et SRG 94 %. Si j'ajoute à ça les 170 000 prestataires de l'assistance-emploi, bien je n'arrive pas au chiffre de 325 000 dont parle le ministre, mais bien à un chiffre qui est autour de 240 000. Alors, je ne sais pas comment vous arrivez à 325, M. le ministre, mais en tout cas la mesure... Moi, ce que je vois ici, là, c'est que les prestataires de l'assistance-emploi — et ce sont les chiffres mêmes de votre ministère; prestataires d'assistance-emploi — adultes, c'est 170 000 personnes qui paient actuellement une franchise, une coassurance. Eux auront droit à la gratuité dorénavant. Et, si on ajoute les suppléments de revenu garanti maximum et

94 %, là, ça ajoute un autre 69 000. Donc, je ne sais pas comment vous arrivez à 325.

Le Président (M. Kelley): Le ministre est en train de consulter ses tableaux. Est-ce que vous avez la réponse, M. le ministre?

M. Couillard: Alors, les chiffres dont on dispose, puis on sera heureux de les communiquer aux collègues, là, c'est en fait 247 000 personnes, juste pour les prestataires d'assurance-emploi adultes, 44 139 pour le SRG maximum et 29 933 pour le SRG à 94 %. Alors, on voit qu'on est vraiment dans les zones. Puis ce qu'il faut ajouter, puisqu'on a oublié de le lister, c'est les personnes de 60 à 64 ans qui sont bénéficiaires de l'allocation au conjoint, qui ont un carnet de réclamation du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Donc, ça fait effectivement un total qui est autour de 300 000 personnes, là, 325 000, voilà. Les comptes sont bons, comme on dit dans je ne sais plus quelle émission, Des chiffres et des lignes, le compte est bon.

M. Drainville: M. le Président, est-ce que je peux demander au ministre, à ce moment-là, de déposer ce tableau qu'il vient de citer? Parce que, nous, on a fait, pour l'étude des crédits, demande, et on nous a fourni un tableau qui n'inclut pas certains des chiffres que vient de mentionner le ministre. Alors, merci de le déposer.

M. Couillard: On le transmettra aux collègues à la commission, par la commission.

Le Président (M. Kelley): ...envoyer ça via la secrétaire de la commission, s'il vous plaît, M. le ministre, et elle va s'assurer que les copies sont envoyées à l'ensemble des membres de la commission.

M. Drainville: Mon collègue ici, M. le Président, me fait remarquer qu'également il y a un engagement qui a été pris par le ministre, lors de l'étude des crédits, sur les unités de débordement. On attend toujours les chiffres sur lesquels on s'est engagé pendant la commission sur l'étude des crédits. On ne les a toujours pas reçus. Je comprends que...

M. Couillard: À ma connaissance, M. le Président, on a tout transmis. On vérifiera.

M. Drainville: S'il vous plaît.

M. Couillard: D'ailleurs, j'en ai parlé, des détails de ces chiffres-là, dans un autre débat parlementaire. Ce n'est pas le débat d'aujourd'hui, mais on vérifiera s'ils ont été transmis.

M. Drainville: Très bien. Merci. M. le Président, le ministre a évoqué l'équilibre du régime d'assurance médicaments. Avec votre permission, j'aimerais poser une ou deux questions justement qui touchent cet équilibre. Le Programme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments. Depuis 2005, la RAMQ a mis sur la glace, a suspendu ce programme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments, qui consistait, M. le Président, à prévenir la

surconsommation de médicaments chez les prestataires de l'aide sociale, visait également à prévenir la fraude. L'ordre des pharmaciens et pharmaciennes propriétaires souhaitait que ce programme soit poursuivi. Même le Vérificateur général avait demandé à la RAMQ d'élargir le programme à tous les usagers du régime québécois de l'assurance médicaments. Si effectivement l'usage optimal du médicament est une des pierres angulaires de la politique du médicament, est-ce que le ministre peut nous dire pourquoi le Programme de surveillance et de suivi de consommation de médicaments est toujours sur la glace?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, d'abord, les données sont toujours colligées, là, il est toujours possible de connaître le niveau de consommation des différentes catégories. Il faut faire très attention, puis je sais qu'on l'est tous ici, autour de la table, à la stigmatisation d'un groupe par rapport à l'autre quant à la consommation de médicaments. Mais l'approche qui a été suivie pour l'usage optimal des médicaments, c'est une approche qui est une approche de partenariat avec les pharmaciens et non pas une approche, centralisée à la RAMQ uniquement, de mesures et d'actions autoritaires, là. Parce qu'on ne progressera pas de cette façon-là. C'est avec des mesures telles que justement la revue de médication à domicile pour les personnes âgées ou l'envoi de profils de prescription aux médecins dans un but d'auto-analyse et de formation, également des campagnes de sensibilisation de la population qu'on va y parvenir. Mais globalement les mesures de contrôle de la RAMQ ne sont pas en diminution, elles sont toujours en augmentation, dans tous les domaines, et, lorsqu'on a des critiques, c'est en général pour nous demander d'en faire encore plus.

Alors, je pense que, sur le plan du contrôle et de la répression, lorsqu'il y a de la répression qui doit être faite, tout est laissé en place. Sur le plan de la sensibilisation et d'un programme d'usage optimal, on pense qu'il est préférable qu'il se situe, je dirais, sous le parapluie d'un partenariat qui regroupe l'ensemble des professionnels de la santé et le ministère bien sûr, le Conseil du médicament notamment. D'ailleurs, dans les débats, je me souviens qu'autour de la politique du médicament on avait fait assez consensus sur le fait que les actions touchant l'usage optimal du médicament devaient être regroupées sous l'égide du Conseil du médicament, notamment, plutôt que les organismes administratifs de contrôle du gouvernement.

Mais les mesures de données sont toutes là. Le député peut obtenir en tout temps les niveaux de consommation de médicaments, par classe de médicaments, auprès de l'ensemble des populations. Mais la question qui se pose, c'est: Qu'est-ce qu'on fait avec ces données-là?

M. Drainville: Comment? Comment vous dites?

M. Couillard: Que fait-on avec ces données? Alors, il est beaucoup plus utile d'aller dans une approche de partenariat avec les professionnels de la

santé, parce que, si, par exemple, de façon hypothétique, on constatait qu'il y a une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, par exemple, chez une classe de population, ce n'est pas le gouvernement qui va décréter que dorénavant les médecins ne prescriront plus de psychotropes à telle ou telle classe de population ou en prescriront moins. Alors, la seule avenue véritable de solution dans ce domaine-là, ou d'amélioration, c'est une approche de consensus et de sensibilisation. Mais il n'y a pas eu de relâchement des mesures de contrôle et de mesures de la RAMQ, loin de là.

M. Drainville: M. le Président, alors là, je cite *L'Actualité pharmaceutique*. C'est l'édition de mars 2007, la page 9. Je cite, M. le Président: «Lors de ses dernières négociations, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires a suggéré au ministère de la Santé de remplacer le programme de la RAMQ par celui de l'Ordre des pharmaciens du Québec.» Je cite: «Après de nombreuses discussions, le gouvernement a décidé de ne pas donner suite à notre proposition. Cette décision est déplorable, puisqu'elle va à l'encontre des objectifs d'une utilisation optimale du médicament, qui est l'un des piliers de la politique du médicament. Malgré tout, nous avons laissé une porte ouverte dans l'entente. La balle est maintenant dans le camp du ministre Couillard.» Fin de citation. Excusez-moi. Je m'excuse: La balle est maintenant dans le camp du...

Le Président (M. Kelley): Il faut utiliser le titre...

M. Drainville: ...ministre de la Santé. Merci, M. le Président. Parlant de partenariat, M. le ministre, là, visible-ment l'Ordre des pharmaciens... ou plutôt l'Association des pharmaciens propriétaires vous en offre un, et là ils déplorent que vous ne l'acceptiez pas.

M. Couillard: ...une offre qu'on voudra mettre de l'avant, je préférerais, sans parler négativement des pharmaciens propriétaires et de leur association représentative, je préférerais que ça vienne de l'Ordre des pharmaciens, que je rencontrais d'ailleurs il y a une semaine, puis il n'a pas été question de ça lors de la rencontre. Alors, s'ils veulent faire un projet conjoint avec le Conseil du médicament, concret, là, on va être très heureux de l'observer, mais il faut mettre un peu de prudence dans les demandes de l'organisation représentative des pharmaciens propriétaires. Par exemple, eux ne voulaient pas que le gouvernement statue sur les pourcentages de ristourne, ce qu'on a fait. Alors, ce n'est pas parce qu'ils disent quelque chose que nécessairement c'est la chose à faire. Et c'est une question de jugement. Puis, dans cette question de l'usage optimal, il n'y a aucun succès possible — d'ailleurs, les expériences internationales l'ont montré — sans l'engagement concomitant de tous les professionnels de la santé, notamment les pharmaciens et les propriétaires.

M. Drainville: Par ailleurs, M. le Président, j'ai un document ici, qui date du 22 juin 2005, *Calcul et comparaison des coûts en consommation de médicaments*

et en services médicaux pour les prestataires de l'assistance-emploi ayant fait l'objet du mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments, un document de la Régie de l'assurance maladie du Québec, et je cite, page 40: «Les résultats obtenus — hein, suite à la mise en oeuvre du programme; alors, les résultats obtenus — démontrent que la mesure de suivi a été efficace durant son application et qu'elle a généré des économies — parlant de l'équilibre du programme. En effet, lorsque nous comparons le total des coûts RAMQ, médicaments et services médicaux, entre 1998 et 2003, on obtient une baisse moyenne de 19 % pour les gens ayant été contrôlés, par rapport à ceux ne l'ayant pas été.» Baisse de 19 %, M. le ministre, donc ça semblait fonctionner, ce programme. Et encore une fois on s'inquiète tous, hein, de la hausse des coûts des médicaments pour l'avenir. C'est déjà considérable présentement. Alors, est-ce que M. le ministre serait prêt à envisager la possibilité de remettre en oeuvre ce programme qui est suspendu depuis 2005?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: On va toujours regarder les propositions qui nous sont faites par les ordres professionnels, là, c'est clair, que ce soient celles des pharmaciens ou celles des médecins. Je rappelle que la période visée par la statistique citée par le député est une période où les augmentations moyennes de coûts du régime étaient autour de 17 % à 20 %, à l'époque, alors que ces augmentations sont moindres maintenant parce qu'il y a un ensemble de mesures qui a été mis en place, notamment en termes de contrôle, qui n'étaient pas présentes. Alors, il faut regarder l'ensemble de la situation, et bien sûr on est prêt à regarder ça en tout temps avec n'importe quel ordre professionnel.

Cependant, sur le niveau de consommation, les dernières données que j'ai vues montrent que, de façon intéressante, ce n'est pas chez les prestataires d'assistance-emploi que l'augmentation marquée de la consommation de médicaments est visible actuellement, mais plutôt sur la partie de la population qu'on appelle les adhérents. Bien sûr, il y a une augmentation...

M. Drainville: Les... Pardonnez-moi?

• (16 h 10) •

M. Couillard: Les adhérents, qui sont les travailleurs autonomes, là. Mais il y a une partie de la croissance bien sûr du côté des personnes âgées, ce qui est compréhensible étant donné l'augmentation du nombre de personnes âgées et le fait qu'ils ont souvent à prendre des médicaments. Mais, contrairement à certaines idées reçues et même certains préjugés, ce n'est pas chez les prestataires d'assistance-emploi qu'on observe actuellement la croissance la plus importante de la consommation de médicaments.

M. Drainville: Oui. Bien, M. le Président, je tiens à signaler le fait, là, qu'on pose la question au sujet des prestataires d'assurance-emploi parce que le programme touchait les prestataires d'assurance-emploi, mais on ne tient pas, vous l'aurez compris, M. le ministre, on ne tient pas à les viser. Dans le fond, on pourrait poser la question plus largement,

M. le Président: Pourquoi ne pas élargir éventuellement ce programme-là à l'ensemble des clientèles, y compris ceux dont la consommation augmente le plus rapidement actuellement?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, les suggestions d'actions concrètes dans le domaine de l'usage optimal, celles qui sont dans la politique comme celles qui pourraient venir, parce qu'il n'est pas dit qu'on a épuisé le baril des solutions possibles, elles doivent venir du Conseil du médicament parce que c'est là que sont réunis, autour de la table, les pharmaciens, les médecins, les éthiciens, les représentants du public, et c'est là qu'on doit faire germer ces choses-là. Alors, si le Conseil du médicament, qui est déjà occupé à mettre en place ce qu'on a prévu avec la politique du médicament dans le domaine de l'usage optimal, veut nous faire d'autres recommandations suite à des contacts avec les autres professionnels, on va être très heureux de le faire, là, c'est de l'intérêt de tous de le faire.

M. Drainville: O.K. M. le Président, qu'est-ce que le ministre pense de l'intention thérapeutique? Et je prends la peine de préciser, M. le Président, que je pose la question d'une façon très large. Je n'ai pas vraiment d'opinion là-dessus actuellement. Je suis curieux de l'entendre sur cette idée qui consiste grosso modo... Vous me corrigerez si je me trompe, mais l'idée essentiellement, quand le médecin prescrit un médicament, c'est de dire: Voici ce à quoi le médicament devrait servir, sans nommer spécifiquement un médicament, et laisser au pharmacien, qui est formé pour le faire, le soin de proposer au malade, au citoyen qui vient acheter son médicament un certain nombre possiblement de médicaments ou même lui recommander un médicament qui pourrait être, dans certains cas, le moins cher et qui serait tout aussi efficace que les autres qui sont disponibles sur le marché.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, c'est une question intéressante, parce qu'elle a été l'objet de beaucoup de débats dans la commission parlementaire à laquelle, je dois dire, était fort assidu le prédécesseur du député, le député de Borduas de l'époque, qui était critique à la santé. Et je pense que le député a bien résumé ce qu'est l'intention thérapeutique. Pour rassurer la population, il ne s'agit pas de transmettre les diagnostics, mais en gros le type de problématique santé que la prescription entend résoudre.

Ce qui était absolument fascinant au cours de la consultation, c'est que, lorsque les pharmaciens venaient présenter l'idée, elle était fortement suggérée et appuyée et, lorsque, parfois 30 minutes plus tard, on avait des représentants de la profession médicale, disons que l'enthousiasme n'était pas aussi grand, si je peux m'exprimer ainsi. On a quand même décidé d'aller de l'avant dans cette question-là, et c'est inscrit dans les projets, les projets en rapport avec la politique du médicament. En fait, il y a deux volets de projets spécifiques, qui vont se tenir entre l'automne

2008 et mars 2010, sur la question de l'intention thérapeutique.

On a voulu rassurer également les médecins sur le fait qu'on ne voudrait jamais obliger un médecin à le faire, mais on pense et personnellement je pense également qu'il est de l'intérêt non seulement de la population, mais du médecin de le faire. Parce que j'ai souvent dit que ce n'est pas parce qu'on a M.D. après son nom qu'on devient automatiquement un expert en pharmacologie. Alors, il y a des professionnels de ça, qui sont les pharmaciens, et ça peut être d'un grand secours aux médecins et aux patients d'avoir la collaboration ou un téléphone du pharmacien, dire: Écoute, dans ce cas-là, j'aurais telle alternative. Je pense que les pharmaciens ont toujours indiqué qu'ils le feraient en collaboration et en lien de communication avec les médecins. C'est la raison pour laquelle on a voulu aller de l'avant quand même. Parce qu'on aurait pu choisir de ne pas le faire compte tenu des objections qui ont été entendues ici de la part de certains professionnels de la santé. Mais je crois que c'est une mesure qui a un bon potentiel en termes d'usage optimal et d'intégrer plus le pharmacien dans son rôle de professionnel conseil, au-delà que celui de dispensateur de médicaments.

M. Drainville: Donc, si je comprends bien, M. le Président, à partir de 2008...

M. Couillard: Automne 2008. Les premiers projets de déploiement, automne 2008, un rapport d'évaluation à l'automne 2009, et un deuxième volet avec déploiement au mois de juin 2009 et rapport en mars 2010. Donc, deux vagues de projets entre 2008 et 2010.

M. Drainville: Et ces projets, c'est comme des projets pilotes, c'est ça?

M. Couillard: Oui, c'est effectivement des projets pilotes avec des... En fait, il s'agit de dédramatiser la chose et de montrer à tout le monde, notamment aux prescripteurs, que ce n'est pas un gros problème. Il y a d'autres pays qui l'ont fait, hein, et qui en ont tiré des avantages, et je pense que les médecins, lorsqu'ils le verront sur le terrain, trouveront qu'il y a plus de bénéfices pour eux, bien sûr pour leurs patients mais pour eux, à le faire.

M. Drainville: Donc, l'idée, si je comprends bien, M. le Président, l'idée, c'est quoi, c'est, dans une certaine région du Québec, créer des espèces de partenariats entre un médecin X et un pharmacien Y pour voir comment ça pourrait fonctionner? Est-ce qu'on peut avoir un peu plus de détails sur comment fonctionneraient ces espèces de projets pilotes? Et de quelle façon surtout, si l'expérience est concluante... comment est-ce que ça va contribuer à rassurer l'ensemble de la profession médicale?

M. Couillard: Bien, d'abord, M. le Président, la clé de ça, c'est de communiquer les résultats puis ce qu'on fait. Alors, on espère qu'à l'époque où ce sera fait le gouvernement voudra montrer à la population et aux professionnels ce qui est en train d'être fait. Ce qu'on

veut actuellement faire, c'est d'identifier une région — et on pourra demander au Conseil du médicament quel est l'état d'avancement de l'identification de cette région-là — dans laquelle des pharmaciens et des médecins volontaires vont se joindre à un projet défini de politique du médicament. Ce qui devrait nous aider pour faire germer ce projet de loi dans une région, c'est la création, lors de l'adoption, je crois, de la loi n° 83, du comité consultatif en pharmacologie dans chacune des régions du Québec, où il y a des pharmaciens communautaires, appelés communautaires, mais des pharmaciens d'officine et des pharmaciens d'établissement ensemble avec les gens de l'agence qui vérifient l'organisation des services pharmaceutiques. Et je pense que ce sera là le forum de débiter ces projets-là.

M. Drainville: Donc, si je comprends bien, M. le Président, ce que ça voudra dire, c'est que dans certaines régions on va demander aux médecins volontaires et participants de n'indiquer que l'intention thérapeutique sur leurs prescriptions, et là on va voir comment est-ce que ça se déploie dans la réalité, hein? C'est bien ça, M. le ministre? Donc, on va demander à des médecins de n'indiquer que l'intention thérapeutique sur la prescription, et on va voir comment ça fonctionne par la suite, c'est bien ça?

M. Couillard: Bien, c'est d'identifier également... Parce qu'on a entendu beaucoup de craintes ici de la part des médecins, des craintes qui certainement sont justifiées également. Il ne faut quand même pas balayer du revers de la main les craintes de professionnels qui sont venus ici déposer. Bon, des craintes quant à l'aspect de la confidentialité, mais le pharmacien lui-même est astreint à la confidentialité, des craintes quant au niveau d'information, qui serait partielle et pourrait amener une mauvaise décision. C'est certain que, si on envoie juste l'intention, ça masque un cas potentiellement beaucoup plus complexe.

Alors, l'idée de commencer par un projet, d'abord c'est de réaliser que, quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse, on ne pourra plus jamais obliger les professionnels de la santé à faire ça contre leur volonté. C'est clair, là? C'est d'identifier les facteurs qui sont favorisants et les facteurs qui sont bloquants, là-dedans. Alors, on va apprendre de ça. Il est certain que dans le meilleur des mondes on voudrait que tout commence tout de suite, partout, mais on risque de se casser la figure aussi en faisant comme ça. Alors, identifions une région où on peut aller de l'avant avec des gens engagés qui veulent le faire, parce qu'il y a des médecins qui croient également que l'intention thérapeutique, c'est un ajout important, et de ça on tirera la leçon qui nous permettra de l'appliquer ailleurs au Québec.

M. Drainville: M. le Président, par ailleurs une autre question, là, sur un autre sujet. Il y a des compagnies pharmaceutiques, M. le Président, qui souhaiteraient établir des partenariats avec le ministère, partenariats qui permettraient, entre autres, au-delà d'un certain volume de ventes, qui donneraient droit dans le fond au gouvernement à certains rabais. Et je ne sais pas si le ministre sait de quoi je parle, là, mais ces compagnies-là donc voudraient s'asseoir avec le gouvernement et

dire: Au-delà d'un certain volume, on vous retournerait une partie de nos profits. Grosso modo, c'est ce qu'elles proposent, ces entreprises pharmaceutiques. Encore une fois, je ne me prononce pas sur le fond de la chose, je suis curieux de savoir comment est-ce que le ministre répond à ces questions que certaines entreprises soulèvent. Quels seraient les avantages et les désavantages d'un tel partenariat? Et pour quelle raison ne va-t-il pas de l'avant? Parce que, si je ne m'abuse, ce genre de partenariat était prévu à la politique du médicament.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: En fait, il y a deux types d'ententes, qui sont prévues à la politique du médicament, entre l'État et l'industrie pharmaceutique. Une est une entente compensatoire qui a été signée d'ailleurs avec le regroupement Rx & D et d'autres entreprises pour compenser partiellement l'impact budgétaire de la non-progression des prix, si j'emploie un euphémisme, depuis 1993. Ça, c'est le premier type d'entente compensatoire. Deuxième type, je pense, qui est plus en lien avec la question du député, c'est ce qu'on appelle les ententes de partage de risques, où effectivement il existe des modèles ailleurs, où, dans un médicament x, avec un volume prévisible de prescriptions donné, on s'attend donc à une dépense de tant, et il s'agit pour l'État et l'entreprise de partager le risque associé à cette dépense-là.

● (16 h 20) ●

Maintenant, le problème qu'on a actuellement, c'est... D'abord, il faut répéter qu'on est ouvert à ça et que le Conseil du médicament attend et étudie les propositions qui lui sont faites. Mais il ne faut pas non plus, et c'est peut-être une question de compréhension qu'il faut rétablir, ça ne peut en aucune façon être une façon de contourner les mécanismes d'inscription à la liste des médicaments. Et c'est ça qui est le problème actuellement, essentiellement, d'une part.

D'autre part, certaines entreprises viennent nous voir avec des précédents. Exemple, ils nous disent: Bien, en Ontario on a fait une entente avec le gouvernement ontarien sur tel médicament. À ce moment-là, on leur dit: Bien, écoutez, montrez-nous l'entente. Mais on ne peut pas voir les ententes. Alors, ce qu'on fait, c'est qu'on leur demande de nous amener un projet pour un médicament dont on a déjà prévu l'inscription, et là l'étude de partage de risques peut porter sur le type d'inscription. Ça fait que, comme le député et les collègues le savent, il y a plusieurs types d'inscriptions de médicaments à la liste, soit une inscription complète ou avec usage restrictif, et tout ça peut être en général amélioré par des ententes semblables.

Donc, moi, je suis le premier à vouloir et à souhaiter qu'elles se fassent, mais il faut qu'elles se fassent dans l'esprit pour lequel elles sont créées et non pas, encore une fois, pour contourner, involontairement ou non, les mécanismes de contrôle du Conseil du médicament quant à la valeur thérapeutique, qui est le mécanisme d'inscription à la liste.

Ce que je dis en clair, c'est que ce n'est pas parce qu'on a un produit nouveau x pour lequel on propose une entente de partage de risques qu'on va obtenir une inscription qui, sur la base des critères habituels du

conseil, n'aurait pas été accordée. Et ça, c'est important qu'on répète ça.

M. Drainville: M. le Président, ce n'est pas pour contredire le ministre, mais disons que j'ai un autre son de cloche, on a un autre son de cloche. Ce qu'on nous soumet en fait, c'est qu'on ne veut pas court-circuiter la politique d'inscription du médicament. On admet qu'il faut d'abord faire la preuve de la justification d'inscrire le médicament, de son bien-fondé médical, si je peux dire, ou thérapeutique, mais qu'une fois cela accompli on ne sent aucune ouverture de la part du Conseil du médicament pour négocier ce genre d'entente. Et on nous soumet même des cas où on aurait offert de tels partenariats, et on ne reçoit aucune réponse de la part du Conseil du médicament, et, si on reçoit une réponse, c'est une réponse de non-intérêt pour ce genre d'entente. Donc, encore une fois, je ne sais pas si c'est un malentendu...

M. Couillard: En général, il y a toujours deux faces à une pièce de monnaie, comme le député le sait, là. C'est que la plupart des projets que j'ai vus avaient comme conséquence d'augmenter la dépense du gouvernement de façon importante pour le médicament proposé et non pas de la maintenir à un niveau prévu. Alors ça, c'est une chose qu'on observe.

Maintenant, moi, je vais répéter que, si on l'a mis là, c'est parce qu'on veut en avoir. Mais il faut que ce soit une véritable entente de partage de risques, donc par définition une entente où le risque est partagé équitablement entre les deux côtés. Et, comme on dit en anglais, le diable est dans les détails. C'est souvent dans les détails de ces propositions-là qu'on se rend compte que ce n'est pas vraiment un partage de risques, ce n'est pas vraiment une façon de contrôler le coût associé à l'introduction d'un nouveau médicament. Et on attend toujours, puis je serai le premier heureux lorsqu'on signera la première. Moi, j'aimerais beaucoup qu'on en fasse une assez rapidement. Puis, chaque fois que je rencontre des représentants de l'industrie, je leur dis: Écoutez, proposez-nous des modèles. Alors, effectivement, ils nous disent: On vous en propose, mais vous les refusez. Mais il y a des bonnes raisons. Puis, moi, franchement je ne me mêle pas de ça. Le Conseil du médicament fait l'évaluation et parle avec l'entreprise, puis vérifie si c'est quelque chose qui peut être fait ou pas et recommande ou pas de le faire. Mais je ne voudrais surtout pas, puis je ne pense pas que ce serait une bonne idée, comme élus ici, là, qu'on s'insère dans ce genre de mécanique.

M. Drainville: Non, non, non, puis je partage exactement les mêmes points de vue que le ministre là-dessus. Mais, dans la mesure où on nous présente ça comme une façon qui pourrait permettre éventuellement un meilleur contrôle des coûts et même qui donnerait droit au gouvernement ou à l'État, dis-je bien, qui donnerait droit à l'État à certaines ristournes, hein, appelons-les comme ça, bien ça pourrait être un modèle à tout le moins, comme élus, qu'on pourrait étudier et qu'on devrait peut-être étudier.

Je veux juste être sûr que je comprends bien, M. le ministre. Vous me corrigez si je me trompe, mais ce que je comprends, c'est que, si on inscrit le médicament dans le cadre d'un partenariat, il y a nécessairement une

dépense qui est liée à ça. Si on l'inscrit, c'est qu'on sait qu'il va être prescrit et éventuellement remboursé. Donc, il va y avoir une augmentation des coûts qui est liée à cette inscription. Ce que je comprends, moi, c'est qu'à partir d'un certain volume la société pharmaceutique accepterait de redonner à l'État une partie donc de ses profits, de ses bénéfices liés à la vente de ce médicament. Donc, je ne vois pas tellement en quoi l'augmentation des coûts est un obstacle à la négociation d'un tel partenariat, parce que par définition, si on l'inscrit sur la liste, il y a une augmentation des coûts. Donc, il me semble que ça ne devrait pas être ça, l'argument pour ne pas négocier ce genre d'entente. Vous me suivez, j'espère?

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire qu'on ne refuse pas de négocier. On veut regarder chaque projet puis le juger à sa valeur même. En général, les projets sont là également pour, par exemple, produire un changement de type d'inscription, également. Un médicament peut être sur la liste d'exception, et on peut demander, dans le cadre d'une entente, qu'il soit placé à la liste régulière. Et souvent la raison pour laquelle il est, ce médicament, sur la liste d'exception n'est pas un facteur ou un élément de décision qui peut être modifié par une entente de partage de risques.

D'autre part, récemment, avec la codification... Parce qu'en commission parlementaire sur la politique du médicament des professionnels se sont plaints, à bon droit, de la lourdeur du processus du médicament d'exception, où il faut remplir un formulaire, etc., pour obtenir l'autorisation. Mais on a commencé par mettre les formulaires en ligne et maintenant on a commencé la codification, c'est-à-dire que le médecin n'a plus à écrire un rapport ou un certificat, mais indiquer un code numérique très court. Et en fait ce qu'on constate, c'est que l'effet de l'introduction de ces codes-là, facilitant tellement la mécanique liée aux médicaments d'exception, rend un peu caduques certaines propositions qui nous sont faites, parce qu'ils arrivent au même résultat de toute façon.

Mais encore une fois on est prêts à regarder toutes les propositions avec beaucoup d'ouverture. Puis, si elles sont là, c'est parce qu'on croit au principe. Mais ce n'est pas parce qu'on y croit qu'on va en faire une, tu sais, la première qui nous est présentée, parce que ça en est une, qu'il faut la faire. Il faut que ce soit apprécié. Si le conseil la recommande, l'évalue, le ministère peut certainement en signer une.

M. Drainville: Ultimement, M. le Président, donc c'est le Conseil du médicament qui doit décider si ça vaut le coup de...

M. Couillard: C'est le ministère surtout, la division pharmaceutique du ministère, mais en lien avec le Conseil du médicament.

M. Drainville: O.K. Et une dernière, M. le Président. Est-ce qu'advenant le cas où il y aurait des partenariats intéressants qui seraient déposés, est-ce que le ministre serait ouvert à l'idée que le ministère ait des négociateurs, entre guillemets, des spécialistes de la négociation pour s'assurer que les contribuables sont bien servis dans ce genre de partenariat? Parce qu'on comprend bien, M. le Président, qu'on négocie avec des

sociétés qui ont d'énormes moyens. Est-ce qu'on pourrait souhaiter éventuellement le développement d'une espèce d'expertise au sein de l'État québécois pour s'assurer que ce genre d'accord ou d'entente soit le plus bénéfique possible pour les contribuables, afin, entre autres, de baisser ou de ralentir la progression des coûts des médicaments pour l'avenir?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, moi, je suis rassuré par le niveau d'expertise dont on dispose actuellement au ministère. On a des économistes spécialisés qui sont dans ce domaine-là. Il est certain que l'État n'aura jamais de moyens comparables à une industrie aussi large et mondiale que l'industrie pharmaceutique, mais, en termes de qualité de personnel — d'ailleurs, les personnes derrière moi en sont les témoins vivants, là — je pense qu'on n'a rien à envier à personne. Et on est équipé. Justement, le fait qu'on a de la difficulté à avoir des ententes concrètes montre le sérieux avec lequel elles sont étudiées, et je pense que c'est comme ça qu'il faut continuer.

M. Drainville: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Avant de céder la parole au député de L'Assomption, le président est heureux toujours d'avoir des visiteurs dans nos galeries, mais aujourd'hui je veux souligner en particulier la présence de ma fille Angela, qui assiste pour une première fois à la délibération de la Commission des affaires sociales. Alors, bienvenue. Welcome, darling.

M. Copeman: J'aurais une question de règlement, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui, M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Je pense que la madame qui est assise au fond de la salle est plutôt l'attachée politique du député de Notre-Dame-de-Grâce.

Le Président (M. Kelley): Il y a ça aussi, par pur hasard. Sur ça, welcome. Et la parole est à vous, M. le député de L'Assomption.

M. Laporte: Merci. J'aimerais revenir un petit peu plus précisément, là, au projet de loi n° 24, parce que là on a touché plusieurs questions qui concernent la politique...

Des voix: ...

M. Laporte: Je vois que mon initiative est appréciée. Mais honnêtement j'ai encore énormément de questions concernant la politique du médicament, mais on va avoir l'occasion, avec le ministre, d'échanger à un autre moment.

Donc, une question concernant les gens à faibles revenus, à très faibles revenus, mais qui ne sont pas prestataires d'assurance-emploi, ou des personnes âgées, des personnes qui travaillent à chaque jour, qui ont un revenu très, très faible puis qui ont besoin, pour eux-mêmes,

de médicaments ou pour leurs enfants. J'aimerais savoir si le ministre est conscientisé au fait que des personnes à très faibles revenus ont vu leur prime d'assurance médicaments augmenter, mais qui n'ont pas eu accès, eux, à la gratuité. Est-ce que le ministre a une vision des choses? Est-ce qu'il a des intentions pour ces personnes-là qui ont de la misère à... qui souvent vont devoir avoir à faire le choix entre faire l'épicerie et acheter des médicaments? Donc, où est-ce que le ministre en est là-dessus?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (16 h 30) ●

M. Couillard: Bien, d'abord, il faut rappeler que le rythme d'augmentation des primes notamment a beaucoup diminué au cours des dernières années, par rapport à ce qui était le cas auparavant. Pourquoi? Parce que l'État et le contribuable en absorbent une partie, de ces augmentations-là. Et il faut d'abord rappeler ça à la population et rappeler que, même si les médicaments coûtent cher, ils coûtent une fraction du prix réel à la personne qui est assurée au régime d'assurance médicaments, et que l'exemple que donnait le député de Notre-Dame-de-Grâce tantôt sur les différentes catégories montre que, les gens, en pratique, ce n'est pas les montants qu'on entend parfois, dans certains témoignages, qui sont payés, là. On parle de montants mensuels maximums qui sont très faibles pour les gens à faibles revenus. Bien sûr, très faibles dans le contexte d'un bon revenu. C'est quand même un problème.

Mais, là où le problème se situe, c'est qu'à partir du moment où on voudrait abandonner la question de la catégorisation des personnes, selon qu'elles soient prestataires ou pas, par exemple, pour un autre modèle où c'est le revenu réel de la personne qui doit être pris en considération, il faut donc que ce soit fait au comptoir de la pharmacie, et il est absolument impossible actuellement, pour des raisons légales, de transférer les revenus des gens. Vous comprenez l'affaire, quand vous êtes au... que le pharmacien sache combien vous faites par année, là, et je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de gens qui aimeraient ça non plus. Alors, c'est la raison pour laquelle on a conservé cette catégorisation qui nous permet d'assurer qu'on respecte toutes les règles de confidentialité.

Parce qu'un autre modèle qui aurait pu être choisi pour l'assurance médicaments à l'époque où il a été mis sur pied, c'est que, plutôt d'utiliser les catégories comme on a actuellement: adhérents, prestataires d'assistance-emploi, personnes âgées, etc., on y aille de façon linéaire, selon le revenu des gens. Le problème que ça présente notamment, c'est ça, c'est qu'il faudrait que, lorsque vous alliez au pharmacien, vous ayez une carte avec vous qui dise au pharmacien combien vous faites par année. Pas évident, pas évident.

Alors, d'autre part, il y a la question également du fait que le régime d'assurance médicaments, dans sa conception même, concentre la clientèle à bas revenus. Il y a un plus grand nombre de clientèles à bas revenus dans l'assurance médicaments publique que dans les régimes privés collectifs. On est conscients du fait qu'il y a beaucoup de gens à bas revenus. Et, en passant, il y en a moins, il y a 60 000 personnes de moins à l'aide sociale, depuis 2003, puis on voit que le revenu disponible des personnes, des familles également avec enfants a beaucoup augmenté au cours des dernières années, notamment avec la prestation pour enfants.

Il y a des progrès qui sont faits, mais il y a encore certainement des grands problèmes de pauvreté et des gens qui ont des revenus bas. Et, dans ce cas-là, je pense qu'il faut aborder le problème de façon beaucoup plus large, quant au niveau de revenus disponibles de ces gens-là, avec d'autres méthodes que les méthodes strictement liées à l'assurance médicaments. Exemple, la prime au travail; exemple, la prime pour les enfants. Ce genre de mesures là fait en sorte que, le niveau de revenus disponibles de la personne augmentant, le pourcentage lié aux médicaments diminue, par définition.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Masson.

Mme Grandmont: M. le ministre, moi, je voudrais savoir, vous disiez tantôt que les médicaments vont être gratuits, mais il y a des médicaments qui ne sont pas inscrits, on le sait qu'il y en a, que les gens en prennent, que c'est toujours les médicaments les plus dispendieux. On fait quoi avec ça, avec les médicaments qui ne seront pas inscrits? Les gens sont quand même obligés de les payer, là. C'est toujours des gens de 60 à 65 ans, la plupart du temps, qui sont pris pour payer des médicaments non inscrits puis qui coûtent 100 \$, 125 \$, puis des fois 200 \$ du médicament, par mois.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, à mon avis, il serait totalement illogique que l'État, d'une main, décide de l'inscription ou non puis, de l'autre main, paie tout le monde, quel que soit le statut d'inscription d'un médicament. Si les médicaments ne sont pas inscrits, c'est parce qu'il y a une bonne raison. Il y a plusieurs critères que le Conseil du médicament utilise pour ça.

Et, ceci étant dit, si on demandait aux personnes qui nous écoutent: Quelle est la province canadienne qui inscrit le plus de médicaments actuellement?, bien ils seraient surpris d'apprendre que c'est le Québec. Dans toutes les catégories de médicaments, le plus grand nombre d'inscriptions, c'est au Québec qu'on les retrouve. Ce n'est pas pour rien que le régime nous coûte si cher, parce qu'on est plus libéral — sans jeu de mots — dans notre approche vis-à-vis l'inscription des médicaments. Mais je ne vois pas en vertu de quelle logique on pourrait, d'une main, avoir un mécanisme gouvernemental qui décide de l'inscription sur la base de critères tels que l'efficacité thérapeutique et autres et, de l'autre main, dire: Bien, de toute façon, quelle que soit la décision d'inscription, le contribuable prend en charge tous les coûts reliés à tous les médicaments, qu'ils soient inscrits ou non. Ça n'apparaît pas logique, là.

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

Mme Grandmont: M. le Président. Outre ça, c'est bien beau qu'on dise ça de cette manière-là, mais les gens qui sont malades, qui ont besoin d'un tel médicament, ce n'est pas par choix qu'ils en ont besoin, là, c'est qu'ils n'ont pas d'autre alternative, le seul médicament qui est disponible pour eux, c'est celui-là. Ça fait qu'à ce moment-là, dans ce régime-là, ils sont pénalisés parce qu'on dit: Vu qu'il n'est pas inscrit, tu

dois le payer. Mais ils n'ont pas choisi d'avoir cette maladie-là, là, ils la subissent en fin de compte, là, mais ils subissent le coût du médicament avec, aussi.

M. Couillard: Mais c'est là que la communication avec le médecin est absolument critique, là. Moi, je dis toujours aux citoyens: Quand on reçoit une prescription médicale, on devrait être aussi questionneur, si vous passez mon expression, que quand on se fait proposer une chirurgie. La moindre des choses, c'est qu'un patient qui se fait donner une prescription sache s'il s'agit d'un médicament inscrit ou non et sache du médecin s'il y a une alternative ou pas parmi les médicaments inscrits. Parfois, il y en a, pour des effets d'efficacité semblables. Ce n'est pas parce qu'un médicament est cher et nouveau que nécessairement il est meilleur que ce qui existe sur le marché — les compagnies ne seraient pas trop heureuses de m'entendre, ils ne m'entendent pas, d'ailleurs, ils ne sont pas ici. Mais ce n'est pas automatique. Alors, il faut être prudent avec ça.

D'autre part, il y a toujours une mécanique, qui s'appelle la mécanique du patient d'exception, qui permet toujours au médecin, dans une situation exceptionnelle, d'avoir recours à un médicament qui peut ne pas être inscrit, par exemple. Mais ce n'est pas vrai qu'on va se mettre à repousser du revers de la main toute la mécanique d'inscription des médicaments, là. On ne peut pas fonctionner... Il n'y a pas un système au monde qui fonctionne comme ça, là. Ou bien on est inscrit ou bien on ne l'est pas.

Mme Grandmont: Ça fait que c'est là qu'on retrouve, en fin de compte, des gens qui sont pris avec le problème des montants supplémentaires qu'ils doivent payer puis qui ont le choix entre l'épicerie ou le médicament, là. Parce que souvent ces gens-là, avant de le prendre, le médicament, qu'ils savent qu'ils n'ont pas la capacité de le payer, ils vont en poser, des questions: Je suis-tu obligé? C'est-u une obligation? T'en as-tu un autre? Ils vont les avoir toutes posées, les questions, parce que c'est tellement dispendieux en bout de ligne. Puis on sait qu'il y a des médicaments comme ça qui existent, parce que... Pour en avoir payé plusieurs fois, je le sais très, très bien.

M. Couillard: M. le Président, il y a près de 6 000 médicaments inscrits au Québec, sur la liste. C'est une des listes les plus généreuses au Canada, sinon la liste la plus généreuse au Canada. Il s'agit d'être cohérent, puis, si l'opposition veut faire une proposition pour couvrir, par les contribuables, les médicaments non inscrits, qu'elle le fasse. Mais je serais surpris que vous fassiez ça. Quand vous allez étudier la question, vous allez voir qu'on ne peut pas... ce n'est pas cohérent de faire ça. Alors, il faut accepter le fait qu'on a des décisions à prendre, que le Conseil du médicament prend des décisions sur l'inscription ou non des médicaments, puis rappeler aux citoyens qui reçoivent une prescription qu'il y a toujours des questions à poser avant d'aller à la pharmacie.

Mme Grandmont: Merci.

Le Président (M. Kelley): Ça va, Mme la députée? M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, à moins que l'opposition officielle, les représentants de l'opposition officielle ne s'y objectent, ou des membres du gouvernement, moi, j'aimerais suggérer, M. le Président, que nous adoptions en bloc les articles du projet de loi n° 24. J'ai vérifié, il paraît que c'est possible de le faire. Alors, s'il y a consentement des membres de la commission, c'est quelque chose qu'on pourrait faire, avec lequel on pourrait procéder.

M. Couillard: De notre côté, certainement, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Peut-être, M. le député, pour le bénéfice du député de L'Assomption, si vous pouvez répéter votre proposition.

M. Drainville: Je veux juste proposer, M. le député de L'Assomption, dans la mesure où... Si je comprends bien votre position, malgré les réserves que vous avez exprimées, pour l'essentiel, je pense qu'on est d'accord pour adopter le projet de loi n° 24. Alors, je proposerais, avec votre appui, si ça vous convient, que nous adoptions en bloc l'ensemble des clauses des articles du projet de loi n° 24 pour qu'on puisse terminer notre session actuelle.

M. Laporte: Oui, c'est bon.

Le Président (M. Kelley): Alors, est-ce que la proposition est acceptée?

Des voix: Accepté.

Le Président (M. Kelley): Alors, il n'y a pas d'autres remarques qu'on veut faire sur le projet de loi, les quatre articles? Le projet de loi n° 24...

M. Laporte: On peut peut-être juste conclure...

Le Président (M. Kelley): Oui, il y aura des remarques finales à la fin.

M. Laporte: O.K.

Le Président (M. Kelley): Mais, pour les trois articles, alors... Est-ce que les articles 1, 2, 3, 4 du projet de loi n° 24 sont adoptés?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Kelley): Adopté. Alors, on va passer maintenant aux rubriques des remarques... Oui, il y a un autre détail que je dois respecter. Est-ce que le titre du projet de loi est adopté?

Des voix: Adopté.

Remarques finales

Le Président (M. Kelley): Adopté. Alors, maintenant, on passe à la rubrique des remarques finales. M. le ministre.

M. Couillard: Je n'en ai pas, M. le Président, je n'en ai pas.

Le Président (M. Kelley): Ça va. M. le député de L'Assomption.

M. Éric Laporte

M. Laporte: Oui. Courte remarque juste pour dire que je sors de cette commission encore un petit peu perplexe par rapport à la gestion de la politique du médicament, du régime général, concernant les chiffres, là, les objectifs, que le ministre n'a pas pu me donner. Puis aussi on peut conclure, à la suite de cette commission, qu'effectivement le ministre n'a pas l'intention de respecter les engagements de 2003 puis que le ministre a confirmé en cette Chambre, là, qu'effectivement il n'avait pas les moyens de respecter ses engagements. Donc, on n'aura pas de surprise, deux jours avant les élections, avec une promesse comme on a vue en 2003. Donc, voilà mes conclusions, puis on va avoir l'occasion d'échanger plus en profondeur sur la politique prochainement, j'en suis convaincu.

● (16 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): Je soupçonne que c'est vrai. M. le député de Marie-Victorin.

M. Bernard Drainville

M. Drainville: Oui, M. le Président. Nous, de notre côté, on a déjà dit en Chambre, lors du dépôt du projet de loi, et on l'a certainement, comment dire, répété implicitement dans nos questions aujourd'hui, mais on... En tout cas, je tiens à dire en conclusion, très explicitement, que l'on prend note à nouveau de l'engagement que le parti actuellement au pouvoir avait pris lors de l'élection de 2003, c'était un engagement de gratuité, et nous notons que cet engagement-là n'a pas été respecté. Donc, je pense que c'est important de l'inscrire au procès-verbal à nouveau.

Pour le reste, on reconnaît tout de même que le projet de loi que nous avons actuellement sous les yeux est un pas dans la bonne direction. C'est un pas dans la bonne direction, mais il ne respecte pas la totalité, loin s'en faut, la totalité de cet engagement qui avait été pris par l'actuel premier ministre du Québec. Donc, je pense que c'est important de le noter à nouveau. Et, moi aussi, effectivement, dans mon porte-à-porte et les rencontres que je fais dans mon comté, j'ai une très forte population de personnes âgées, d'ainés, dans mon comté, et assez souvent le dossier du médicament, du prix du médicament est porté à mon attention. C'est une préoccupation très importante pour les gens du comté de Marie-Victorin et sans doute du reste de la population. Alors, voilà, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. Et à mon tour je veux dire merci beaucoup à la secrétaire, au secrétariat de la commission, également les personnes qui accompagnent le ministre pour guider les membres de la Commission des affaires sociales dans ces délibérations sur le projet de loi n° 24. Sur ce, j'ajourne nos travaux sine die.

(Fin de la séance à 16 h 41)