

LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

# RAPPORT D'ACTIVITÉ



## 1.1 Le régime général d'assurance médicaments

Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

### La clientèle assurée par le régime public

Le régime public d'assurance médicaments est offert aux personnes suivantes :

- celles qui sont âgées de 65 ans ou plus;
- celles qui ne peuvent pas adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux qui comporte des garanties de paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments (ces personnes sont désignées sous le nom d'adhérents);
- les prestataires de la sécurité du revenu et leurs enfants.

### La participation financière des personnes couvertes par le régime public

Les adultes inscrits à la Régie, à l'exclusion des prestataires de la sécurité du revenu, doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Ne pouvant excéder 175 \$ par an, cette prime est calculée et perçue par le ministère du Revenu du Québec au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile en cause.

De plus, les adultes inscrits à la Régie doivent fournir une contribution au coût des médicaments et des services pharmaceutiques. Elle prend la forme d'une franchise mensuelle de 8,33 \$ et d'une part de coassurance correspondant à 25 % du montant payable par la personne assurée au moment de l'achat.

Une contribution maximale mensuelle composée de la franchise et des montants de coassurance payés est fixée pour chacune des clientèles couvertes. La contribution maximale des adhérents est fixée à 62,49 \$ par mois (750 \$ par an) par adulte. Quant à la contribution maximale des prestataires

de la sécurité du revenu et des personnes âgées de 65 ans ou plus recevant le supplément de revenu garanti maximal, elle est plutôt de 16,66 \$ par mois (200 \$ par an), alors que celle des personnes âgées de 65 ans ou plus recevant le supplément de revenu garanti partiel est de 41,66 \$ par trimestre (500 \$ par an).

Enfin, les enfants et les étudiants inscrits à la Régie sont couverts tout à fait gratuitement. Il en est de même pour les personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle subie avant l'âge de 18 ans.

### Les personnes couvertes par le secteur privé

Les personnes qui ont accès à un régime privé doivent y adhérer pour les garanties prévues au régime général d'assurance médicaments. De plus, elles doivent en faire bénéficier leur conjoint ou leur conjointe ainsi que leurs enfants, si ces derniers ne sont pas déjà assurés par un autre régime collectif.

Les régimes privés doivent offrir la protection de base stipulée par la loi. Ainsi, nul ne peut refuser l'adhésion d'une personne admissible à une assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux sous prétexte qu'elle, son conjoint, un de ses enfants ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle domiciliée chez elle représente un risque particulier.

Par ailleurs, tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts.

Enfin, même si la prime et la contribution des personnes assurées au coût des médicaments et services pharmaceutiques sont établies selon les modalités du régime auquel elles adhèrent, la coassurance ne peut dépasser 25 % du coût des médicaments, et la contribution maximale doit être d'au plus 750 \$ par adulte par année, y compris la franchise et la coassurance applicables aux enfants.

### L'inscription au régime public d'assurance médicaments

Au 31 mars 1999, environ 1,5 million de personnes s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments, soit :

- 1 110 817 adultes;
- 356 382 personnes à charge de moins de 18 ans;
- 63 736 étudiants de 18 à 25 ans;
- 118 déficients fonctionnels de plus de 18 ans et non prestataires de la sécurité du revenu.

L'inscription des personnes âgées de 65 ans ou plus, de même que celle des prestataires de la sécurité du revenu et de leurs enfants à charge, est automatique. Au 31 mars 1999, cette clientèle totalisait 1 555 543 personnes, dont 705 044 prestataires de la sécurité du revenu et 850 499 personnes âgées de 65 ans ou plus. Il est utile de signaler que 27 864 personnes âgées de 65 ans ou plus ont décidé de se soustraire au régime public d'assurance médicaments et d'opter pour un régime privé.

### **Le coût du régime**

Dans le cadre du régime, des dépenses de 1 341,7 millions de dollars ont été faites au cours de l'année se terminant le 31 mars 1999, soit une hausse de 15,2 % par rapport à l'exercice précédent. Cette somme représente le coût brut des médicaments et services pharmaceutiques achetés par l'ensemble des personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments. Pour la même période, les contributions des personnes assurées s'élèvent à 309,5 millions de dollars, donc une hausse de 7,5 % en un an. Le montant net assumé par la Régie et le Fonds de l'assurance médicaments augmente ainsi de 17,8 % et se situe à 1 032,2 millions de dollars, soit 76,9 % du coût global.

Le tableau A présente, à la page suivante, un sommaire du coût du régime général d'assurance médicaments pour la période d'avril 1998 à mars 1999, ventilé par type de clientèle, soit les prestataires de la sécurité du revenu, les personnes âgées de 65 ans ou plus et les adhérents.

Notons que la consommation de médicaments des prestataires de la sécurité du revenu a totalisé 270,1 millions de dollars, soit une hausse de 14,3 %. Ils ont payé 31,1 millions de dollars ou 11,5 % à titre de contribution, ce qui représente une baisse par rapport à l'année précédente de

13,8 %. Plus de 160 900 enfants et autres personnes à charge de prestataires de la sécurité du revenu ont été couverts gratuitement.

Pour ce qui est des personnes âgées de 65 ans ou plus, le coût des médicaments et des services pharmaceutiques s'élève à 751,1 millions de dollars, soit une hausse de 12,2 %. Leur contribution totale est de 189,9 millions de dollars (25,3 % du coût global) et équivaut à une baisse par rapport à 1997-1998 (26,7 %).

Enfin, l'examen des données relatives aux adhérents révèle que 1 058 400 personnes ont consommé des médicaments, dont 282 870 enfants et autres personnes à charge non assujettis à une contribution et pour lesquels les médicaments sont tout à fait gratuits. Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques pour les adhérents a augmenté de 24,3 % en un an : il s'élève à 317,9 millions de dollars pour l'exercice en cause. De cette somme, la part assumée par le Fonds de l'assurance médicaments s'est accrue de 28,3 % et se chiffre à 229,6 millions de dollars, soit 72,2 % du coût global.

## Tableau A

### Coût du régime d'avril 1998 à mars 1999

Clientèle	Nombre de participants	Coût total		Part assumée par le régime		Contribution des personnes assurées	
		M\$	M\$	%	M\$	%	
Prestataires de la sécurité du revenu							
Adultes	382 534	252,7	221,6	87,7	31,1	12,3	
Moins de 18 ans	151 728	16,1	16,1	100,0	–	–	
Étudiants	9 220	1,3	1,3	100,0	–	–	
<b>Total partiel</b>	<b>543 482</b>	<b>270,1</b>	<b>239,0<sup>2</sup></b>	<b>88,5</b>	<b>31,1</b>	<b>11,5</b>	
Personnes âgées de 65 ans ou plus							
SRG <sup>1</sup> maximum	54 588	55,7	48,3	86,7	7,4	13,3	
SRG <sup>1</sup> partiel	350 388	336,9	253,9	75,4	83,0	24,6	
Non SRG <sup>1</sup>	418 808	358,5	259,0	72,2	99,5	27,8	
<b>Total partiel</b>	<b>823 784</b>	<b>751,1</b>	<b>561,2<sup>2</sup></b>	<b>74,7</b>	<b>189,9</b>	<b>25,3</b>	
Adhérents							
Adultes	775 530	284,6	196,3	69,0	88,3	31,0	
Personnes à charge de moins de 18 ans	237 327	25,0	25,0	100,0	–	–	
Étudiants de 18 à 25 ans et personnes à charge handicapées	45 543	8,3	8,3	100,0	–	–	
<b>Total partiel</b>	<b>1 058 400</b>	<b>317,9</b>	<b>229,6<sup>3</sup></b>	<b>72,2</b>	<b>88,3</b>	<b>27,8</b>	
Personnes admissibles à des programmes particuliers <sup>4</sup>	–	2,6	2,4 <sup>2</sup>	92,3	0,2	7,7	
<b>Total global</b>	<b>2 425 666</b>	<b>1 341,7</b>	<b>1 032,2</b>	<b>76,9</b>	<b>309,5</b>	<b>23,1</b>	

1. Supplément du revenu garanti.

2. Contributions assumées par la Régie.

3. Contributions assumées par le Fonds de l'assurance médicaments.

4. Programmes confiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment le programme de patients d'exception, la gratuité des médicaments pour les MTS ainsi que pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose.

## **Le traitement en temps réel des demandes de paiement des pharmacies**

Le régime général d'assurance médicaments bénéficie d'une technologie de pointe pour ce qui est de son système de traitement des demandes de paiement. Associé à un réseau de télécommunication, ce système permet des échanges en mode interactif avec plus de 1 550 pharmacies. Grâce à cette technologie, une personne assurée peut immédiatement connaître le coût réel de ses médicaments, puis la portion du coût qu'elle doit déboursier au moment de l'achat et, enfin, la portion du coût assumée par la Régie.

## **La mise en commun des risques**

Dans le secteur privé, l'application de paramètres minimaux à tous les contrats d'assurance médicaments collectifs et l'obligation d'accepter à titre d'adhérents les employés, leur conjoint et les personnes à leur charge peuvent influencer sur le niveau de la prime et surtout sur son évolution, particulièrement pour les groupes qui comptent peu d'employés.

Pour cette raison, la Loi sur l'assurance médicaments (art. 43) oblige les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux non assurés (RASNA) à mettre sur pied une mutualisation des risques pour que la protection du régime général d'assurance médicaments demeure accessible financièrement à tous les résidents du Québec, sans égard au profil d'expérience du groupe auquel ils appartiennent.

Une approche de mutualisation avec des seuils de mise en commun établis en fonction de la taille du groupe a été retenue. Cette formule respecte les ententes actuelles pour un bon nombre de clients et reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de primes. Plus le groupe est petit, plus le seuil de mise en commun du coût des médicaments consommés de chaque certificat est bas (un certificat indique la détention d'une assurance collective par un individu : chaque certificat inclut l'individu assuré et les personnes à sa charge, s'il y a lieu). Le seuil varie de 750 \$ par an pour un groupe détenant moins de

10 certificats à 6 000 \$ par an pour un groupe ayant de 50 à 124 certificats. Les groupes de personnes assurées détenant 125 certificats ou plus ne sont pas inclus dans le processus de mise en commun, car ils présentent une stabilité d'expérience plus élevée.

Les modalités appliquées en 1997 et reconduites pour 1998 ont été reconnues conformes aux dispositions de la loi par la ministre de la Santé et des Services sociaux. Aucune expérience de ce type n'a été réalisée ailleurs dans le monde de l'assurance collective. L'expérimentation de la mutualisation sera suivie de près pour que les objectifs soient atteints et pour faire, le cas échéant, les modifications requises sans délai. C'est ainsi que la Société de compensation en assurance médicaments du Québec, organisme sans but lucratif mis en place pour administrer les modalités de mutualisation, fournira chaque année à la ministre le résultat global du processus de mutualisation, afin qu'elle puisse juger de l'atteinte des objectifs fixés.

## **1.2 Un régime adapté à la clientèle**

### **L'évolution du régime**

Depuis son entrée en vigueur, le régime a fait l'objet de nombreuses améliorations. Mentionnons la mensualisation des paramètres de contribution (franchise et contribution maximale) qui a été ramenée sur une base mensuelle le 1<sup>er</sup> juillet 1997. Ainsi, la franchise payable par la personne assurée n'est plus de 25 \$ par trimestre, mais de 8,33 \$ par mois. De même, la contribution maximale, qui variait de 50 \$ à 187,50 \$ par trimestre, s'échelonne maintenant de 16,66 \$ à 62,49 \$ par mois.

D'autre part, le 1<sup>er</sup> juin 1997, les règles d'inscription au régime général d'assurance médicaments ont été modifiées en vue de limiter l'obligation d'une personne adhérant à un régime collectif de pourvoir à la couverture de son conjoint et de ses enfants seulement si ces derniers sont domiciliés chez elle.

Le 27 mai 1997, un accord administratif a été conclu entre la Sun Life, qui gère le régime de soins de

santé de la fonction publique fédérale, et la Régie. Cet accord fait suite au refus du gouvernement fédéral de se conformer à la loi québécoise sur l'assurance médicaments qui stipule que les régimes d'assurance privés doivent offrir des garanties au moins égales au régime général. En vertu de leur contrat d'assurance collective, les employés fédéraux résidant au Québec ne pouvaient bénéficier du plafond annuel de contribution de 750 \$ par adulte, ce qui causait préjudice aux employés qui ont besoin de médicaments coûteux.

Selon l'accord qui a été conclu, le Québec devient deuxième payeur en assumant la quote-part des employés fédéraux dont la contribution excède 750 \$ par année. En contrepartie, ces personnes doivent s'assurer auprès de la Régie et payer le montant équivalant à la prime. Cette entente a été reconduite jusqu'au 31 décembre 2000.

### **La révision du régime général d'assurance médicaments**

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit que, trois ans après l'entrée en vigueur du régime général d'assurance médicaments, la ministre de la Santé et des Services sociaux doit rendre compte au gouvernement de l'application de cette loi et des modifications à y apporter. Les travaux nécessaires pour dresser un bilan du régime général sont donc amorcés; cette responsabilité incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux qui travaille en étroite collaboration avec la Régie de l'assurance maladie.

## **1.3 Le Fonds de l'assurance médicaments**

### **La constitution du Fonds de l'assurance médicaments**

L'article 40.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec institue le Fonds de l'assurance médicaments et précise les sommes versées au Fonds, de même que celles qui doivent y être prises. C'est la Régie qui gère les sommes constituant le Fonds.

La principale source de revenu du Fonds de l'assurance médicaments est la prime annuelle que doivent payer les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments. Ne pouvant excéder 175 \$ par an, cette prime est calculée et perçue par le ministère du Revenu du Québec au moment de la production de la déclaration des revenus de l'année civile en cause. Comme il existe un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le Fonds assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques consommés par les personnes assurées, des avances de fonds sont consenties par le ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités du Fonds. Tout comme les montants recouverts auprès des personnes assurées à la suite du paiement indu de médicaments et les intérêts produits par ces montants ainsi que par les primes, ces avances sont déposées dans le Fonds.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments sert à payer :

- le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie, en excluant les personnes âgées de 65 ans ou plus et les prestataires de la sécurité du revenu. En effet, les déboursés pour ces derniers groupes continuent d'être financés par le Fonds des services de santé, malgré l'instauration du régime général d'assurance médicaments;
- les frais d'administration au ministère du Revenu pour la perception des primes, et à la Régie pour la gestion du Fonds;
- les intérêts sur les avances consenties par le ministère des Finances et les prêts contractés dans le cadre de la gestion du Fonds de même que le remboursement de ces sommes.

La loi précise qu'à long terme le Fonds de l'assurance médicaments doit être en équilibre, c'est-à-dire que les sommes qui y sont versées doivent lui permettre d'assumer le paiement de ses obligations.

## **1.4** Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments pour l'exercice terminé le 31 mars 1999

### RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À l'Assemblée nationale

*J'ai vérifié le bilan du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 1999 et l'état des opérations et du déficit de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.*

*Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des conventions comptables suivies et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.*

*À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Fonds au 31 mars 1999 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces conventions ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.*

Le vérificateur général du Québec,

Guy Breton, FCA

Québec, le 31 mai 1999

## Fonds de l'assurance médicaments

### Opérations et déficit de l'exercice terminé le 31 mars 1999

	1999	1998
	(en milliers de dollars)	
<b>REVENUS</b>		
Primes (note 3)	<b>253 072</b>	<b>177 700</b>
<b>DÉPENSES</b>		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et services pharmaceutiques	229 619	178 984
Frais d'administration Régie de l'assurance maladie du Québec (note 4)	12 649	12 417
Intérêts sur emprunt	8 869	4 857
Perception des primes par le ministère du Revenu du Québec	2 778	935
	<b>253 915</b>	<b>197 193</b>
<b>PERTE NETTE</b>	(843)	(19 493)
<b>(DÉFICIT) EXCÉDENT AU DÉBUT</b>	(13 226)	6 267
<b>DÉFICIT À LA FIN</b>	<b>(14 069)</b>	<b>(13 226)</b>

## Fonds de l'assurance médicaments

**Bilan**  
**au 31 mars 1999**

	<b>1999</b>	<b>1998</b>
	(en milliers de dollars)	
<b>ACTIF</b>		
À court terme		
Primes à recevoir	<b>248 282</b>	<b>221 950</b>
<b>PASSIF</b>		
À court terme		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	22 705	20 808
Dû au ministère du Revenu du Québec	1 578	1 310
Intérêts courus	978	893
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 5)	237 090	212 165
	<b>262 351</b>	<b>235 176</b>
<b>DÉFICIT DU FONDS</b>	<b>(14 069)</b>	<b>(13 226)</b>
	<b>248 282</b>	<b>221 950</b>

Pour le Fonds

Pierre Houde  
Président-directeur général  
par intérim

Lise Payette  
Membre du conseil d'administration

## Fonds de l'assurance médicaments

### Notes complémentaires

31 mars 1999

#### 1. CONSTITUTION, OBJET ET FINANCEMENT

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux sauf aux :

- personnes âgées de 65 ans ou plus;
- prestataires d'un programme d'aide de dernier recours.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux et ce, peu importe l'âge.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la loi pour certaines catégories de personnes telles que les enfants et les prestataires d'un programme d'aide de dernier recours.

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

#### 2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers du Fonds ont été préparés par la direction selon la méthode de la comptabilité d'exercice et la convention comptable énoncée ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté, car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

##### • Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux revenus en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des revenus de primes réels observés au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

### 3. REVENUS DE PRIMES

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 1997 et leur valeur estimative a eu pour effet d'augmenter les revenus de primes de 1998-1999 de 28,5 M\$.

### 4. FRAIS D'ADMINISTRATION

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, conformément aux décisions gouvernementales, sont les suivants :

	<b>Systeme de communication interactive</b>	<b>Service à la clientèle</b>	<b>1999</b>	<b>1998</b>
		(en milliers de dollars)		
Réseau de communication interactive	5 772	–	5 772	5 602
Traitements et avantages sociaux	1 945	2 837	4 782	4 487
Locaux et équipement	1 147	584	1 731	1 770
Diffusion d'information et téléphonie	60	304	364	558
	<b>8 924</b>	<b>3 725</b>	<b>12 649</b>	<b>12 417</b>

Les frais d'administration liés au système de communication interactive correspondent au coût de traitement des demandes de paiement pour l'ensemble des personnes assurées par le régime général d'assurance médicaments.

Les frais associés au service à la clientèle représentent les coûts assumés pour les services rendus aux personnes admissibles qui ne sont pas tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux.

### 5. EMPRUNT SUR BILLET DU FONDS DE FINANCEMENT DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

	<b>1999</b>	<b>1998</b>
	(en milliers de dollars)	
Emprunt sur billet, à taux variable selon la moyenne des taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 %, sans modalités de remboursement. Le taux au 31 mars 1999 s'élevait à 5,14 % (1998 : 5,13 %).	<b>237 090</b>	<b>212 165</b>

## 6. INCERTITUDE DÉCOULANT DU PASSAGE À L'AN 2000

Le Fonds de l'assurance médicaments est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec qui a recours à des équipements et systèmes informatiques susceptibles de subir les répercussions du passage à l'an 2000. Les conséquences sur l'exploitation et l'information financière, si l'on n'y remédie pas, peuvent aller d'erreurs mineures à une défaillance importante des systèmes qui pourrait nuire à la capacité de la Régie d'exercer normalement ses activités le 1<sup>er</sup> janvier 2000, mais aussi avant ou après cette date, et ainsi d'en imputer incorrectement le Fonds.

La Régie a établi un plan complet pour mettre en œuvre un programme d'envergure afin de s'assurer que ses systèmes sensibles aux dates seront prêts pour le passage à l'an 2000. Les travaux portant sur l'adaptation des actifs informationnels à l'an 2000 des systèmes dont les applications sont critiques se termineront au cours du mois de juin 1999. De plus, elle met à la disposition des pharmaciens un environnement informatique leur permettant de simuler certaines conditions et ainsi garantir la continuité des échanges électroniques d'information. Le suivi régulier de ce plan est fait auprès du Conseil du trésor, du comité de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec et de son conseil d'administration.

Bien que ces travaux aient été entrepris par la Régie, il est évident qu'il ne lui est pas possible de prévoir avec certitude que tous les aspects de ce problème seront entièrement résolus puisque l'impact du passage à l'an 2000 dépendra aussi du degré de préparation d'autres entités comme sa clientèle, ses fournisseurs ou d'autres tiers. Par contre, la Régie est confiante que son degré de préparation est assez élevé pour atténuer les risques du passage à l'an 2000.