15

Soins à domicile et réadaptation

La prestation de services de santé complets dépend de quatre facteurs principaux: le personnel, le capital, les connaissances scientifiques et techniques qui proviennent de la recherche, et l'organisation. Aux chapitres 7, 8, 13 et 14 du présent volume, il a été question du personnel et des installations de santé. Dans le volume 2, nous parlerons de la recherche et des questions d'organisation. Toutefois, il existe deux domaines auxquels nous voudrions maintenant accorder une attention spéciale, parce qu'ils participent aux quatre facteurs mentionnés ci-dessus, et qu'ils sont de la plus haute importance pour la coordination du régime de services de santé complets que nous avons recommandé; il s'agit des soins à domicile organisés et de la réadaptation.

La prestation de services de santé à domicile suffisants est devenue une question de la plus haute importance, et cela, pour les deux raisons qui suivent: assurer de meilleurs soins aux malades, et en même temps, fournir des services plus économiques lorsque ces soins peuvent se substituer ou s'ajouter aux soins hospitaliers. Pour ce qui est de l'économie respective des soins donnés à la maison ou à l'hôpital, nous avons de fortes raisons de penser que le fonctionnement d'un régime de soins à domicile organisé, qui assurerait un service de bonne qualité, est beaucoup moins dispendieux que les soins donnés à l'hôpital, quand il s'agit de certains groupes de malades ou de certaines maladies ou phases de maladies pour lesquelles conviennent les soins donnés à domicile.

La réadaptation, qui est le second sujet traité dans ce chapitre, est un problème tout à fait différent de celui des soins à domicile. Alors que ce dernier a trait à un type particulier d'organisation, la réadaptation est un principe sous-jacent à une gamme variée de services. Cependant, sa mise en vigueur fait surgir d'importants problèmes d'administration et d'organisation. De plus, la réadaptation, dans le domaine des maladies physiques aussi bien que mentales, nécessite le retour le plus prompt possible des hospitalisés dans la communauté. Ainsi, il y a un lien étroit entre la mise en vigueur d'un régime de soins à domicile et l'importance accrue accordée aux principes de réadaptation.

SOINS À DOMICILE ORGANISÉS

Aux chapitres 3 et 6, il a été question des transformations qui sont intervenues dans l'attitude de la population à l'égard des hôpitaux; non seulement elle les accepte de plus en plus, mais encore elle fait une demande toujours plus grande de leurs services quand il s'agit de diagnostic ou de soins de quelque importance. Nous avons également observé que le domicile est devenu un endroit moins approprié pour le logement des malades, à mesure que l'urbanisation et l'habitation moderne ont changé notre façon de vivre, et qu'elles ont dispersé le groupement de parents et de voisins chez qui on pouvait habituellement obtenir des aides pour les malades.

Il y a donc eu tendance à considérer l'hôpital comme le refuge naturel en cas de maladie, du moins jusqu'à ce qu'on y repense. Il est impossible de mettre en doute que depuis le progrès rapide de la technique et de la science médicale, l'hôpital est devenu le seul endroit où l'on puisse trouver des moyens de diagnostic et de traitement efficaces et à jour pour un grand nombre d'affections. Il en est de même pour la phase médicale de réadaptation. Mais on reconnaît de plus en plus maintenant le besoin de bien juger si, dans un cas particulier, l'hospitalisation est vraiment nécessaire.

Dans bien des cas on exagère cette nécessité, ce qui a pour effet de surcharger les installations hospitalières et de contribuer à la pénurie, puis à la construction de nouveaux hôpitaux. On n'a pas accordé assez d'attention à certaines solutions de rechange, et tout particulièrement à l'utilisation accrue de services de soins à domicile et d'installations externes.

Pourquoi en est-il ainsi? Il faut en chercher la réponse dans la structure du complexe moderne des services de santé[1]. L'hôpital moderne est devenu le centre de bon nombre d'installations et d'équipement de diagnostic, de traitement et de réadaptation. D'où l'attirance qu'il exerce aussi bien sur le médecin que sur le patient, et cela malgré un nombre toujours plus grand de services particuliers, comme les visites de l'infirmière, la physiothérapie, le service médico-social, et bien d'autres qui sont maintenant disponibles dans la communauté, c'est-à-dire hors de l'hôpital. Mais alors que tous les services auxiliaires nécessaires sont fournis par l'institution au malade une fois que celui-ci est hospitalisé, il n'y pas eu, avant l'avènement de programmes organisés de soins à domicile, d'organisation correspondante qui aurait pu coordonner des services semblables hors de l'hôpital.

Ainsi donc, un des prérequis pour redonner aux soins à domicile la place qui leur revient consiste dans le développement et l'organisation des services communautaires nécessaires hors de l'hôpital, afin que le médecin puisse confier les patients qui ont besoin de certains services à un régime de

[1] Voir chapitres 7 et 8.

soins à domicile, tout comme auparavant il les confiait à l'hôpital quand ils avaient besoin de soins hospitaliers. Il est important de se rendre compte que les régimes de soins à domicile, par le fait même qu'ils existent, ne seront pas nécessairement utilisés à plein. Ils doivent se mériter la confiance des malades et des médecins. Il arrive trop souvent que les médecins demeurent indifférents à de semblables régimes, et qu'ils ne les appuient pas. Après avoir étudié les régimes de soins à domicile au Canada et aux États-Unis, le Dr Genesove conclut que «la plus grande faiblesse de chacun de ces programmes a été son incapacité de s'assurer l'appui, de susciter l'intérêt et de mettre à contribution la science du médecin de famille ordinaire»[1]. Un facteur important qui permettra de faire accepter les soins à domicile par le médecin, par le patient et par sa famille, c'est l'assurance que le malade pourra être admis ou réadmis sans délai à l'hôpital, si cela devenait nécessaire.

Aussi longtemps que les frais d'hospitalisation sont assumés par un régime d'assurance, mais que le malade doit payer pour des services comme les soins à domicile, qui sont donnés hors de l'hôpital, on est enclin à recourir à celui-ci même quand des soins efficaces peuvent être dispensés à l'extérieur. Cette anomalie dont souffrent nos services de santé actuels sera corrigée par la mise en vigueur de nos recommandations au sujet de l'organisation et du financement de régimes de soins à domicile, aussi bien que par notre recommandation de pleine couverture des services externes, en vertu du Régime d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques[2].

Nous avons acquis suffisamment d'expérience au Canada pour permettre que les régimes de soins à domicile soient maintenant mis en vigueur; en effet, depuis plus de quinze ans des régimes semblables fonctionnent dans une grande variété de milieux[3]. Le programme national de subventions à la santé a encouragé l'établissement de régimes de soins à domicile; mais, de par sa nature même, il a favorisé la diversité plutôt qu'un développement coordonné. Sans doute cela était-il justifié et nécessaire pour juger du fonctionnement de divers genres de régimes. Mais nous sommes convaincus que nous en sommes maintenant arrivés au moment où, d'une part, il est devenu impérieux d'ajouter aux services fournis en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et où, d'autre part, la mise en vigueur de régimes organisés de soins à domicile est devenue possible. Dans la planification et l'administration des régimes de soins à domicile, il faudra bien veiller à ce que ceux-ci ne soient pas considérés simplement comme des substituts moins

---

[1] Régime de soins à domicile de Moose Jaw, Moose Jaw, Saskatchewan, premier rapport annuel, du 1er avril 1962 au 31 mars 1963, p. 6. Le régime de soins à domicile de Moose Jaw est cependant une exception notable à ce sujet, parce que le programme a été mis sur pied sur l'initiative de la *Moose Jaw and District Medical Society*.

[2] Voir chapitre 2, recommandations 105-107 et 120-121.

[3] R. Kohn, *Tendances nouvelles des soins de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

coûteux de l'hospitalisation. Il faudra une étroite coordination du régime des soins à domicile et de l'hôpital, et le choix entre ces deux services, qu'on devra faire à un moment donné, sera déterminé par les besoins du malade.

L'établissement au petit bonheur d'un régime de soins à domicile s'est traduit dans bien des cas par une certaine limitation du genre de malades qui pouvaient être admis dans le régime, mis à part les critères purement médicaux et sociaux qui déterminent si tel malade peut bénéficier des services de soins à domicile. Parmi les critères autres que ceux-là sont les moyens dont dispose le régime en fait de financement et de personnel. Mais ceux-ci s'appliquent d'une façon générale sans qu'il y ait choix de certains genres de malades, sauf peut-être lorsqu'il s'agit de la gravité ou de l'urgence d'un cas donné. Nous constatons également que certains régimes sont limités, par exemple à des patients sortis d'un hôpital particulier, à certaines affections (comme les affections psychiatriques), ou à des indigents. Tout ceci est naturel aussi longtemps que l'établissement de régimes de soins à domicile doit compter sur l'initiative locale pour faire face à un problème particulier. Cependant, les restrictions des régimes existants disparaîtront lorsqu'on établira des programmes qui seront considérés comme des services communautaires essentiels.

Services assurés par les soins à domicile

Comme pour les autres services de santé, le médecin demeure le centre des services assurés par un régime de soins à domicile. Il dirige tous les services de santé qui peuvent intervenir dans un cas particulier, et son jugement compte pour beaucoup dans l'utilisation d'autres services communautaires. Les conditions sociales du malade, déterminées par le travailleur médico-social ou par l'infirmière, s'ajoutent aux critères médicaux qu'il établit pour l'admission des malades aux soins à domicile, et pour leur radiation.

Les soins infirmiers sont aussi un autre service essentiel. Les services d'une infirmière, exerçant à titre privé et à plein temps à domicile, ne sont pas fréquents, à cause des frais élevés, de la rareté des infirmières, et du fait que les malades qui ont besoin de ces infirmières ont habituellement besoin aussi de traitement actif dans un hôpital. Ainsi, la plupart des maladies qui exigent la surveillance continue d'une infirmière seront traitées dans une institution, laissant alors la plus grande partie des soins infirmiers à une infirmière visiteuse qui travaillera en vertu d'un régime de soins à domicile. Quand on parle de soins à domicile et de visites de l'infirmière, on entend par là que l'infirmière se rend à la maison seulement pour accomplir une certaine tâche, comme celle de donner un traitement ou de donner des directives au patient ou aux membres de sa famille au sujet du traitement de la maladie. Lorsque d'autres services communautaires sont inexistants, souvent l'infirmière remplit certaines des fonctions du travailleur social, du physio-

thérapiste et, si nécessaire, de la ménagère. Même avant l'avènement de régimes organisés de soins à domicile, elle faisait appel à d'autres services communautaires, quand c'était nécessaire et qu'ils étaient disponibles. A cause de leur expérience passée, les infirmières ont souvent des fonctions administratives ou de coordination dans les régimes de soins à domicile[1].

Le médecin et le service des infirmières visiteuses forment ensemble un régime de soins à domicile; ce dernier devient le centre d'organisation nécessaire. Comme nous l'avons déjà indiqué, il arrive parfois que l'infirmière joue aussi le rôle de travailleur social en s'assurant que le domicile est convenable pour y prodiguer des soins; elle s'occupe également d'établir des rapports avec les autres services communautaires qui sont requis dans chaque cas particulier. Ce rapport peut s'établir d'une façon plus ou moins personnelle, sans qu'il y ait des arrangements bien définis. Si l'on ajoute à ceci le fait qu'il n'est pas besoin d'un organisme nouveau si seulement le médecin et le service infirmier sont nécessaires, nous obtenons alors les éléments essentiels d'un régime de soins à domicile qui, cependant, ne revêt pas le caractère organisé des programmes de soins à domicile maintenant envisagés.

De tels programmes de soins à domicile doivent comporter un organisme privé ou public dont la responsabilité est de coordonner le travail de plusieurs organismes qui assurent des services dans le cadre du régime[2].

---

[1] La fonction d'infirmière visiteuse mérite beaucoup plus d'attention qu'elle n'en a reçu par le passé. Peut-être surtout parce que, en général, ce service était assuré par des organismes privés, on l'a toujours considéré un peu comme une institution de charité, plutôt que comme un élément essentiel des services de santé. Puis soudain, avec l'avènement des régimes de soins à domicile, nous avons découvert qu'en réalité ses qualités les plus essentielles avaient toujours été à notre disposition et que nous n'avions qu'à en faire bon usage. En plus des soins aux malades, ce service a toujours mis l'accent sur les aspects positifs et préventifs des soins de santé, tout particulièrement en ce qui concerne les soins maternels pré- et post-nataux et la formation sanitaire. Les infirmières ont suivi les progrès modernes dans ces domaines, ainsi que dans celui de la réadaptation, qu'elle soit phsyique ou psychiatrique. C'est ainsi que les soins infirmiers à domicile semblent se présenter comme une discipline particulière et distincte de l'hôpital, de la santé publique traditionnelle, ou des soins infirmiers industriels. Quand nous parlons des soins infirmiers d'hygiène publique, nous entendons ces services qui, fournis par des services de santé publique, ne comprennent pas habituellement les soins mêmes donnés aux malades. La plupart des infirmières visiteuses reçoivent maintenant une formation d'hygiéniste. Mais ce qui est différent ici, ce n'est pas tellement leur formation que leur tâche et leur responsabilité. Comme les infirmières hygiénistes des régions éloignées, l'infirmière visiteuse accomplit les fonctions d'une infirmière employée dans un hôpital et d'une infirmière d'hygiène publique, mais plus souvent elle doit travailler indépendamment; c'est pourquoi elle doit faire montre de plus d'initiative et d'ingéniosité; on trouve ces qualités dans des organismes privés comme l'Ordre des infirmières Victoria du Canada (fondé en 1897), l'Association des infirmières visiteuses de Sainte-Élisabeth (fondée en 1908), et la Société des infirmières visiteuses (fondée en 1937). Les infirmières d'hygiène publique assurent maintenant des soins infirmiers à domicile dans plusieurs régions de la Colombie-Britannique et, à un degré moindre, dans d'autres provinces.

[2] Voir aussi *Report of the Conference on Organized Home Care, Chronic Disease Programme, U.S. Public Health Service,* congrès qui a eu lieu à Roanoke, Virginie, du 9 au 13 juin 1958, p. 7, et Commission sur les maladies chroniques, *Care of the Long-Term Patient, Chronic Illness in the United States,* Volume II, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1956, p. 587.

Il faut inclure dans ces organismes toute l'aide professionnelle et technique qui est disponible à l'hôpital (exception faite des services qui s'occupent tout particulièrement de traitements actifs qui ne peuvent se donner qu'aux hospitalisés). Il faut également y ajouter tous les services requis pour améliorer, si nécessaire, les conditions matérielles de la maison du malade, afin que les services de santé puissent être dispensés dans un milieu satisfaisant. En d'autres mots, les soins à domicile doivent pouvoir dispenser les services de santé nécessaires, ainsi que d'autres services, comme l'aide familiale, le service de repas, le bien-être social et les visites amicales qui tous sont nécessaires pour assurer l'existence d'un milieu favorable et nécessaire au fonctionnement efficace des services de santé[1]. La gamme des services disponibles aura nécessairement une grande influence sur le choix des patients qui pourront bénéficier d'un programme particulier de soins à domicile. Le coût d'un tel programme se ressentira du genre de services disponibles et de l'utilisation plus ou moins grande qu'on en fera. Le genre de service qu'un régime de soins à domicile devra fournir dépendra également de la mesure dans laquelle les services de diagnostic et de traitement peuvent être dispensés par un service hospitalier externe ou par un centre de réadaptation, ou peuvent être utilisés par les patients qui s'y rendent par ambulance ou en taxi. Les rapports qui s'établiront entre le programme et l'hôpital feront que la radiologie et le laboratoire pourront être considérés comme faisant partie du programme de soins à domicile. Le tableau 15-1 montre quels services fournissent certains régimes de soins à domicile au Canada[2]. Bien qu'il y ait de la variation dans la gamme des services (non seulement d'un régime à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même régime considéré sur une certaine période de temps), les services suivants doivent en faire partie: les soins infirmiers (cela va de soi), les services sociaux individualisés, l'aide familiale ou ménagère, la physiothérapie, l'ergothérapie, et le transport par ambulance ou en taxi. Il nous arrive souvent de constater que de nouveaux services s'ajoutent à mesure que le régime prend de l'importance. Il est important que les malades soignés à domicile puissent être admis ou réadmis sans délai à l'hôpital quand le besoin s'en fait sentir.

Les malades et leurs affections

Quel genre de malades sont soignés par un régime de soins à domicile? Ce sont surtout les vieillards et les malades chroniques. La composition

---

[1] B. T. Dale et D. M. Mumby, *A Study of Home Care Needs in Wellington County, The Wellington County Board of Health*, Fergus, Ontario, 1961, p. 5.

[2] Les diverses façons de considérer les services hospitaliers de radiologie et de laboratoire dont il a été question ci-dessus influent sur la comparabilité des données. De plus, certains régimes mentionnent individuellement certains services, alors que d'autres les réunissent ensemble sous un titre général, comme «services sociaux» (par exemple, certains clubs sociaux fournissent parfois des appareils, des médicaments et d'autres services).

TABLEAU 15-1 SERVICES ASSURÉS PAR CERTAINS PROGRAMMES DE SOINS À DOMICILE, CANADA*
(en plus des services médicaux)

Genre de service†	Régime de soins à domicile de la région de Moose Jaw	Régime expérimental de soins à domicile de Toronto	Régime médical de soins à domicile de l'hôpital général de Winnipeg	Service de soins à domicile du conseil de la santé du grand Victoria	Soins à domicile de l'hôpital Herbert Reddy	Service de soins à domicile de l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc de Montréal	Projet d'un service de soins organisés à domicile pour les villes de Hull et de Pointe-Gatineau	Programme de soins à domicile et de réadaptation de Saskatoon	Service de soins infirmiers ou de convalescence de Vernon, Colombie-Britannique
Soins infirmiers	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aide familiale	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Physiothérapie	x	x	x	x	x	x	x	x	–
Ergothérapie	x	x	–	x	–	–	x	x	–
Prêt d'équipement	x	x	x	–	x	–	–	–	–
Médicaments	x	x	–	–	–	x	x	–	x
Autres fournitures médicales	x	x	x	x	x	–	–	–	–
Services sociaux individualisés	x	x	x	–	x	x	x	x	–
Radiologie	x	–	–	–	–	x	x	x	–
Laboratoire	x	–	–	–	–	x	x	x	–
Ambulance	x	x	x	–	–	x	–	x	–
Taxi	x	x	x	–	–	x	–	x	–
Infirmiers	x	–	–	–	–	–	–	x	–
Service de repas	x	–	–	–	–	–	–	–	–
Logopédie	–	x	–	–	–	–	–	–	–
Diététique	–	x	–	–	–	–	x	x	–
Garde nocturne	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Matériel	–	x	–	–	–	–	–	–	–
Garde d'enfants	–	–	–	–	–	x	–	–	–
Soins dentaires	–	–	–	–	–	–	x*	–	–

* Prévisions pour l'avenir.

† Les services fournis par certains régimes particuliers sont sujets à changement. En général, ils se développent à mesure que cela est possible et que les ressources le permettent.

SOURCE: R. Kohn, *Tendances nouvelles des soins de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

74564—42½

selon l'âge des patients est assez semblable dans les régimes dont on connaît la statistique[1]. Environ 70 p. 100 des malades sont dans le groupe d'âge de 60 ans et plus. Les autres se rangent presque tous dans des groupes d'âge allant de 20 à 60 ans. Cependant, pour certains régimes, environ 3 à 7 p. 100 des patients appartiennent au groupe d'âge de 20 ans ou moins.

Par contre, parmi les patients sortis des hôpitaux généraux[2], le groupe d'âge de 60 ans et plus répond pour seulement 15 p. 100 environ des radiations, le groupe d'âge moyen (de 20 à 59 ans) pour environ 46 p. 100, et les malades âgés de 20 ans ou moins pour environ 39 p. 100[3]. Ceci laisse bien voir l'importance accordée par les régimes de soins à domicile aux soins pour vieillards, qui font partie du groupe d'âge le plus important pour ce qui est des maladies chroniques. La proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans les régimes organisés de soins à domicile, dépasse également celle des patients qui reçoivent les services plus généraux de l'Ordre des infirmières Victoria[4].

TABLEAU 15-2 RÉPARTITION PROCENTUELLE SELON L'ÂGE DES MALADES SOIGNÉS À DOMICILE

Âge	Certains services de soins à domicile	Radiations d'hôpitaux généraux		Services d'infirmières visiteuses		Population totale de 1961
		Cas	Jours	Cas	Visites	
Moins de 20 ans	5	39	24	19	5	42
20–59	25	46	40	27	20	47
60 ans et plus	70	15	36	54	75	11
Total	100	100	100	100	100	100

SOURCE: R. Kohn, *Tendances nouvelles des soins de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Il existe peu de renseignements sur la répartition du travail (nombre de visites ou jours de maladie) selon les groupes d'âge, mais les données provenant de la Colombie-Britannique et de l'Ordre Victoria s'entendent pour

[1] Colombie-Britannique, Hôpital Général de Winnipeg, Toronto et Moose Jaw.

[2] Les données s'appliquent à 8 provinces et sont relatives à l'année 1960; elles proviennent du Bureau fédéral de la statistique.

[3] Voir tableau 15-2.

[4] Y compris les services médicaux et chirurgicaux, mais non la maternité.

démontrer que le nombre moyen de visites à domicile augmente à mesure qu'augmente également l'âge des malades:

TABLEAU 15-3 NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR MALADE

Régime de soins à domicile de la Colombie-Britannique		Ordre Victoria	
Groupe d'âge	Pourcentage des visites	Groupe d'âge	Pourcentage des visites
0–19	9.6	Moins de 15 ans	4.2
20–59	14.6	15–44	10.0
60 ans et plus	16.2	45–64	19.3
		65+	26.4

SOURCE: R. Kohn, *Tendances nouvelles des soins de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Les affections soignées varient d'un régime à un autre, selon l'envergure et la nature de ce dernier. Les affections chroniques sont les plus importantes, mais les malades cardio-vasculaires comptent pour environ 30 à 40 p. 100 des malades, et le cancer pour environ 10 à 20 p. 100. Toutefois, certains régimes s'en tiennent à certaines affections, ou leur accordent plus d'importance (par exemple, les troubles psychiatriques ou les maladies du système nerveux), alors que d'autres régimes n'acceptent généralement pas de s'occuper de cas semblables, à cause du manque de ressources ou parce que d'autres installations sont disponibles pour le soin de ces affections. Ainsi donc, certains régimes limitent leur activité en ce qui concerne certains genres de malades ou d'affections, quoiqu'il arrive parfois que les restrictions posées au moment où le régime est mis en vigueur sont levées une fois qu'il fonctionne depuis un certain temps. Quand il s'agit de définir leurs objectifs, certains régimes parlent souvent en termes assez généraux des problèmes que posent la vieillesse et les maladies chroniques.

Frais

Au sujet des frais occasionnés par les soins à domicile, ainsi que ceux qu'occasionnerait l'hospitalisation pour une même affection, il n'est guère possible de tirer autre chose que des conclusions très générales par suite du manque de données suffisantes. La plus grande difficulté surgit du manque d'uniformité entre les divers régimes quant aux services fournis, aux malades soignés, aux méthodes administratives, et aux organismes dont ils dépendent. Une semblable variation se retrouve dans les méthodes de comptabilité. Une partie du problème vient du fait que l'on inclut ou que l'on exclut les frais

d'administration, le coût des médicaments ou les services fournis par d'autres organismes (par exemple, les services externes) dans le cadre d'un régime de soins à domicile.

Le tableau 15-4 montre le coût quotidien de quatre régimes particuliers de soins à domicile; il montre également la proportion des frais généraux d'administration[1]:

TABLEAU 15-4 COÛT QUOTIDIEN DE QUATRE RÉGIMES PARTICULIERS DE SOINS À DOMICILE

Élément de frais	Régime «A» (95 malades)		Régime «B» (77 malades)		Régime «C» (57 malades)		Régime «D» (168 malades)	
	$	%	$	%	$	%	$	%
Service	2.57	53	4.01*	54	1.99	55	1.14†	71
Administration	2.24*	47	3.43*	46	1.66	45	0.45	29
Total quotidien	4.81	100	7.44	100	3.65	100	1.59	100

* Chiffres provisoires.

† Sans les frais occasionnés par les visites de médecin à domicile ($0.07).

SOURCE: R. Kohn, *Tendances nouvelles des soins de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

On peut expliquer en partie les frais d'administration comparativement plus élevés par le fait que les régimes sont encore dans une large mesure à l'état expérimental, et qu'ils n'ont peut-être pas atteint leur pleine capacité de rendement. Le programme de Toronto prévoit une réduction des frais d'administration une fois que le programme aura atteint des proportions normales[2]. On peut lire dans son rapport:

> Il faudra expliquer pourquoi les frais d'administration atteignent un pourcentage aussi élevé du coût total, coût qui est en fait plus élevé que celui qu'on trouve dans l'entreprise privée. Cela ne devrait pas présenter de difficulté si l'on fait valoir que dans un programme de soins à domicile, l'administrateur accomplit des tâches de promotion, d'interprétation et de contact personnel qui dépassent de beaucoup celles que comporte normalement la fonction d'administrateur, et que ce facteur continuera plus ou moins d'influer sur les frais en question. En d'autres mots, l'administration constitue et continuera de constituer plus que ce qu'on entend d'ordinaire par des «frais généraux».

[1] Régime «A»: Ville de Toronto, Département de santé publique, programme expérimental de soins à domicile (programme original).
Régime «B»: Le même (programme d'expansion).
Régime «C»: Programme de soins à domicile de Moose Jaw.
Régime «D»: Programme médical de soins à domicile de l'hôpital général de Winnipeg.

[2] Ville de Toronto, Département de la santé publique, quatrième rapport annuel pour le programme expérimental des soins à domicile, du 1er avril 1961 au 31 mars 1962, p. 21.

La comparaison entre les divers régimes en ce qui concerne les frais quotidiens présente donc des difficultés; des difficultés semblables surgiront si l'on veut comparer les frais quotidiens des soins à domicile avec ceux des soins hospitaliers. Nous avons déjà vu que même dans un régime de soins à domicile axé sur l'hôpital, tous les jours de soins ne sont pas considérés comme correspondant aux soins hospitaliers. D'un autre côté, les frais quotidiens sont évalués pour tous les jours de soins. Il est possible que les frais quotidiens des soins à domicile soient plus élevés, fussent-ils calculés séparément pour les jours de soins qui remplacent vraiment le séjour à l'hôpital. En comparant l'ensemble de ces frais, on peut se faire une idée générale des frais quotidiens occasionnés par les soins à domicile d'une part, et des frais quotidiens occasionnés par les soins hospitaliers d'autre part. Les frais encourus par les quatre régimes choisis de soins à domicile vont de $1.59 à $7.44 par jour de maladie. Les frais correspondants pour un jour d'hospitalisation en 1960 vont de $4.94 dans les hôpitaux de maladies mentales à $20.61 dans les hôpitaux généraux[1].

L'optique nouvelle qu'on a adoptée pour les soins psychiatriques[2] souligne les avantages de traiter les malades dans la communauté et dans le milieu qui leur est familier, plutôt que de les isoler dans une institution. Les services de réadaptation, dans le cas des maladies physiques ou mentales, font également voir qu'il est avantageux pour les malades de retourner aussitôt que possible dans leur propre milieu social ou dans un autre milieu qui lui ressemble autant que possible. Toutes ces tendances exigent un concours plus grand de la part d'un régime de soins à domicile, qui peut mettre à la disposition du médecin toute une gamme de services requis par les patients qui n'ont pas besoin des services spéciaux disponibles seulement dans les hôpitaux, y compris la surveillance à plein temps par une infirmière.

Le nouvel intérêt qu'on manifeste pour la réadaptation physique ou mentale aura également des répercussions sur le rôle et l'organisation des divers services de santé. Ceux-ci seront examinés brièvement plus loin.

Dans l'ensemble, nous en arrivons à la conclusion que dans la plupart des cas les soins à domicile sont moins dispendieux que les soins donnés à l'hôpital, où 38.3 p. 100 des frais de fonctionnement des hôpitaux généraux et des divers hôpitaux spéciaux tiennent aux services généraux[3], c'est-à-dire

---

[1] Les frais par jour d'hospitalisation en 1960 s'établissaient comme suit:

tous les hôpitaux		$ 12.99
hôpitaux généraux et divers		19.47
généraux	$ 20.61	
chroniques et de convalescence	8.63	
autres hôpitaux spéciaux	19.23	
hôpitaux de maladies mentales		4.94
hôpitaux pour tuberculeux		10.41

[2] Voir chapitres 5 et 8.

[3] Par exemple, l'alimentation: 13.1 p. 100; le blanchissage, le linge de service et l'entretien ménager: 8.3 p. 100; les autres services sont l'administration, les frais d'exploitation et l'entretien. Bureau fédéral de la statistique, *Statistiques des hôpitaux, 1960,* vol. VI, *Dépenses des hôpitaux,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 45.

aux services autres que ceux qui sont fournis par les services spécialisés de l'hôpital[1]. On réalise également des économies en investissements à cause du coût réduit de la contruction hospitalière, puisqu'on a besoin de moins de lits d'hôpital. Cependant, notre raisonnement est fondé sur le point de vue de l'organisme qui doit financer ou bien les soins à domicile ou bien les services hospitaliers, plutôt que sur celui du malade ou de la communauté. Toute comparaison des frais globaux de fonctionnement doit tenir compte des dépenses nécessaires pour soigner le malade à domicile, dépenses qui augmenteront de façon sensible lorsque seront requis de nombreux soins ménagers et d'autres services auxiliaires.

RÉADAPTATION

Le fait que nous traitions brièvement le sujet de la réadaptation dans notre rapport ne devrait pas être pris comme mesure de l'importance que nous y attachons. Les témoignages que nous avons reçus aux audiences, et les mémoires qui nous ont été soumis, de même que notre propre programme de recherches, en font beaucoup état[2]. La réadaptation, cependant, n'est pas un type particulier de service, mais plutôt un objectif sous-jacent à une grande variété de services, dont quelques-uns font partie des services traditionnels de santé tandis que d'autres sont nouveaux, au moins dans le domaine de la santé.

Tout comme le principe de prévention à l'autre bout du spectre des services de santé[3], la réadaptation fait partie de la bonne façon d'aborder la santé et les services de santé, de leur philosophie. Dans un rapport comme le nôtre nous ne pouvons guère que souligner le besoin d'appliquer le principe de la réadaptation à toute la gamme de services donnés aux patients après une maladie ou un traumatisme. Nous soulignons aussi le besoin de renforcer ces services de santé qui visent spécialement à la réadaptation. Le personnel et les installations matérielles qui en font partie, sont compris dans notre évaluation de ces ressources ailleurs dans le présent rapport[4]. Mais la réadaptation signifie souvent plus que la simple restoration médicale.

Il n'est pas toujours facile de préciser le point où le traitement devient réadaptation. En principe, on peut dire que le traitement guérit, arrête ou soulage les symptômes de la maladie ou du traumatisme. La réadaptation s'applique à supprimer les reliquats d'une maladie.

Ces reliquats peuvent être de nature sociale ou économique. En d'autres termes, nous ne nous contentons plus d'amputer avec succès la jambe

---

[1] Comme par exemple les soins infirmiers qui comptent pour 26.5 p. 100 des dépenses totales; *ibid.*

[2] Voir aussi R. Kohn, *op. cit.*

[3] Prévention, diagnostic, traitement et réadaptation.

[4] Voir chapitres 13 et 14.

du malade, si la chose s'avère nécessaire, mais nous nous préoccupons aussi de lui permettre de reprendre, autant que possible, son ancien rôle social ou quelqu'autre rôle dans la famille et la collectivité qu'il puisse jouer avec succès. Pour les malades d'âge actif, la réadaptation peut signifier des tests d'aptitude, une formation professionnelle ou scolaire, le placement, peut-être une aide financière. Les enfants d'âge scolaire peuvent avoir besoin de cours spéciaux. Les services de réadaptation seront quelque peu différents pour ceux qui ont dépassé l'âge de la retraite, qui sont impotents et entièrement dépendants des autres, et qui pourront en arriver à prendre soin d'eux-mêmes et acquérir une somme considérable d'indépendance. Quant aux très jeunes, par exemple les bébés qui souffrent de malformations congénitales, c'est une question d'adaptation (apprentissage) plutôt que de réadaptation (retrouver des facultés perdues). Les buts et les méthodes fondamentales de la réadaptation sont les mêmes, toutefois, quel que soit l'âge du malade.

Nous avons comparé le principe de prévention et celui de réadaptation, en ce que tous les deux impliquent un but plutôt qu'un service particulier. Tous les deux établissent aussi un pont entre les soins de santé et d'autres mesures ou services, ce qui rend presque impossible la tâche de déterminer les limites de la santé, et aussi, par conséquent, des soins et des services de santé. Dans le domaine de la réadaptation, nous avons établi le besoin de services particuliers comme ceux du physiatre, du physiothérapeute et d'autres thérapeutes, du psychiatre et du phychologue; et aussi le besoin d'installations comme les sections de réadaptation des hôpitaux et les centres de réadaptation.

Les services qui sont typiques des procédés de réadaption ont augmenté dans les hôpitaux canadiens au cours des dernières années. Les quartiers distincts et les centres qui fonctionnent actuellement dans des institutions publiques sont d'origine relativement récente. Ils ont suivi ceux qui ont été établis auparavant par le ministère des Affaires des anciens combattants et les Commissions des accidents de travail. Le tableau 15-5 montre la tendance à la hausse qui s'est manifestée récemment, au cours d'une année, dans le pourcentage d'hôpitaux généraux et d'hopitaux pour malades chroniques qui fournissent quelques-uns de ces services dans des quartiers organisés; la tendance est plus prononcée dans les hôpitaux pour maladies chroniques.

En 1962, les services de médecine physique et de réadaptation[1] étaient établis dans:

30 hôpitaux généraux,

10 hôpitaux pour maladies chroniques,

14 hôpitaux pour enfants,

12 hôpitaux administrés par le ministère des Affaires des anciens combattants.

---

[1] Données fournies par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

TABLEAU 15-5 POURCENTAGE D'HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET D'HÔPITAUX POUR MALADIES CHRONIQUES COMPORTANT DES SERVICES ORGANISÉS PARTICULIERS, CANADA, 1959 ET 1960

Service	Pourcentage d'hôpitaux comportant des quartiers organisés			
	Hôpitaux généraux		Hôpitaux pour maladies chroniques	
	1959	1960	1959	1960
Médecine physique	2.5	2.5	5.4	12.2
Physiothérapie	26.7	31.5	42.9	70.8
Ergothérapie	3.4	3.8	23.2	43.9
Logopédie	1.7	2.5	7.1	17.1
Service social	4.4	4.6	10.7	12.2

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique des hôpitaux*, vol. II, 1959, p. 76, et *ibid.*, 1960, p. 92, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Il y avait 43 centres indépendants de réadaptation, qui se distribuaient comme suit:

16 centres généraux de réadaptation (pour les enfants et les adultes souffrant de toute forme d'invalidité)

23 centres de réadaptation pour les enfants (y compris 11 centres pour la paralysie cérébrale)

4 centres pour les accidents de travail (Québec, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique).

Dans presque tous les centres[1] et les hôpitaux traitant les malades hospitalisés, les services médicaux de réadaptation sont dirigés par des orthopédistes ou des pédiatres.

En 1962, les lits dressés dans ces quartiers et ces centres de réadaptation atteignaient le total de 18,840. De ceux-ci, 784 lits dans quinze hôpitaux étaient désignés sous le nom de «réadaptation», «orthopédie», «gérontologie», «convalescence» ou «poliomyélite». Sur les 1,693 lits des dix hôpitaux pour malades chroniques, 349 étaient désignés de la même façon. Quatorze centres de réadaptation qui pouvaient hospitaliser les malades, avaient un total de 933 lits[2].

[1] Ces centres sont généralement couverts par les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation.

[2] 567 lits dans 9 centres généraux de réadaptation, 186 lits dans 4 centres de réadaptation pour enfants, 180 lits dans les centres pour les accidents de travail.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social estime qu'en 1962, au moins 20,000 personnes frappées d'invalidité ont été traitées par les services externes des centres de réadaptation pour enfants et des centres généraux, ou y ont été hospitalisés, en plus des quelque 12,000 personnes qui ont été traitées aux centres des accidents du travail.

En général, les services de réadaptation sont généralement insuffisants au Canada. Ce qu'on a dit récemment de l'Ontario s'applique à tout l'ensemble du pays:

> Dans certaines régions il y a peu ou pas d'installations permettant la restoration physique, la logopédie, l'évaluation en vue du travail, les soins psychiatriques ou la fourniture d'appareils orthopédiques ou de membres artificiels. La plupart des centres sont situés dans les grandes villes, mais même dans les collectivités où se trouve le plus grand nombre de services de réadaptation, ils sont à peine suffisants et il y a des listes d'attente[1].

On peut ajouter que ceux qui sont frappés d'invalidité et même certains médecins sont loin d'apprécier à leur juste valeur les possibilités de la réadaptation.

Outre les installations et les services fournis dans les hôpitaux et les centres de réadaptation, un nombre considérable de cliniques, sous les auspices d'organismes privés, fournissent certains services de réadaptation, mais non la gamme étendue qu'on trouve dans les centres. Ils peuvent être destinés à certains genres d'invalidité, ou à certains services, comme la physiothérapie. Certains de ces organismes emploient aussi des unités mobiles pour atteindre leurs malades.

Installations et Personnel

Nous avons décrit la réadaptation non comme un genre de service mais comme un concept ou un objectif auquel on s'attache de plus en plus aux divers stades de traitement des malades et des blessés. En particulier, la réadaptation ne se confine pas aux quartiers des hôpitaux ou aux centres destinés à cette fin; au contraire, il y a une forte tendance à faire sortir les patients des institutions afin qu'ils s'adaptent le mieux possible à leur rôle optimal à la maison et dans la collectivité. Cela s'applique aux troubles et aux soins tant physiques que psychiatriques. Il est donc arbitraire, jusqu'à un certain point, de désigner certaines installations sous l'étiquette «réadaptation». Nous avons éprouvé des difficultés à distinguer clairement entre traitement et réadaptation; de même, il n'est pas toujours facile de distinguer les installations destinées à la réadaptation, à la convalescence ou aux soins des

---

[1] C. M. Godfrey et A. T. Jousse, *Rehabilitation Facilities in Ontario,* dans *Canadian Medical Association Journal,* Toronto, livraison du 28 septembre 1963, vol. 89, pp. 657-662.

vieillards. Tout quartier d'hôpital destiné à la convalescence, à la gérontologie, aux maladies chroniques ou à l'orthopédie, servira en bonne partie aux services de réadaptation; par ailleurs, les lits affectés à la «réadaptation» peuvent fort bien servir au traitement de maladies aiguës ou chroniques.

On n'a encore trouvé aucun critère général qui puisse servir à établir les besoins de lits des services de réadaptation. Cela tient aussi au fait que nous sommes loin d'avoir atteint tous ceux qui pourraient tirer profit de la réadaptation, de sorte que nous ne savons pas quel serait le nombre de cas et la demande, une fois atteint le point de saturation: «quelle que soit l'importance des installations de réadaptation, elles semblent rarement suffisantes pour faire face à tous les besoins cachés . . .»[1]. On mentionne parfois des rapports souhaitables allant de 0.5 à un lit par 1,000 habitants; on dit parfois qu'il faut un quartier de réadaptation dans tous les hôpitaux généraux d'une importance donnée (mettons de 100 à 300 lits), ou un centre de réadaptation pour les collectivités ayant une population d'environ 300,000 habitants ou plus.

Aucune des principales enquêtes récentes portant sur les besoins des hôpitaux faites dans diverses parties du Canada ne précise le nombre ou le rapport de lits de réadaptation nécessaires; cependant, elles soulignent invariablement le besoin d'étendre les services de réadaptation des hôpitaux. L'enquête des hôpitaux de la Saskatchewan distingue divers niveaux de services de réadaptation soit, du plus élaboré au plus simple, «les services de base», «les services régionaux», «les services de district» et «les services itinérants»[2]. Parce que le nombre de ceux qui, dans la collectivité, sont frappés d'invalidité n'est pas connu, et à cause de l'étendue des traitments à l'extérieur de l'hôpital, l'enquête sur les besoins hospitaliers du Toronto métropolitain en arrive à la conclusion que «il n'y a pas de formule magique qui puisse déterminer le nombre de lits ou d'installations nécessaires pour donner les soins requis aux enfants souffrant de maladies chroniques ou à ceux qui sont frappés d'incapacité physique»[3].

Quoi qu'il en soit, la médecine physique et la psychiatrie ont établi une somme de connaissances et des techniques visant nettement à la réadaptation des handicapés. La conséquence en a été l'établissement de quartiers de réadaptation dans les hôpitaux, et de centres de réadaptation pour compléter au besoin ces quartiers; il y a eu aussi augmentation du personnel et des

---

[1] M. T. F. Carpendale, *The Need for Medical Rehabilitation, Experience in Alberta, 1956-1959*, dans *Rehabilitation in Canada*, Ottawa, livraison de l'été 1963, p. 17.

[2] Résumé de l'enquête sur les hôpitaux de la Saskatchewan et plan directeur 1961, première partie, rapport du comité d'enquête sur les hôpitaux, Commission de la planification des services de santé, ministère de la Santé publique de la Saskatchewan, Regina, février 1963.

[3] Installations et places à l'hôpital pour les enfants du Toronto métropolitain, sixième partie d'une étude réalisée par le comité de l'enquête sur les besoins hospitaliers du Toronto métropolitain, novembre 1962.

services de réadaptation dans les hôpitaux comportant ou non un véritable quartier de réadaptation ou de lits pour la réadaptation[1].

C'est le travailleur social ou le département de service social qui doit surtout aider le patient à faire le lien entre les services de santé et les autres services sociaux dont il peut avoir besoin. C'est parfois l'infirmière visiteuse qui accomplit cette tâche, et dans le contexte des services modernes de réadaptation, on trouve aussi des psychologues, des services d'orientation professionnelle et des agences de placement qui sont attachés à des quartiers ou des centres de réadaptation. La transition entre l'ergothérapie et la formation professionnelle est parfois très loin d'être brusque, par exemple dans les centres de réadaptation établis sous les auspices des Commissions des accidents de travail, et dans les classes régulières qui se tiennent dans les centres de réadaptation pour les enfants.

Cela revient donc à dire que la coordination la plus étroite est nécessaire entre les services de santé proprement dit, et les autres services communautaires qui sont tout aussi essentiels pour que le malade puisse tirer tout le parti possible de sa guérison médicale. Ces autres services tombent administrativement sous l'empire des ministères de l'éducation, du travail ou du bien-être. La nécessité d'une coordination efficace entre ces ministères n'a d'égale que sa difficulté[2].

Appareils de prothèse, instruments et aides

Parmi les services qui ne sont pas étudiés ailleurs dans le présent rapport, est la fourniture d'appareils de prothèse, d'instruments et d'aides qui constituent souvent une partie intégrante du procédé de réadaptation.

Le manque de données relatives au nombre et aux caractéristiques des gens qui pourraient profiter des procédés modernes de réadaptation empêche toute tentative visant à estimer jusqu'à quel point des services particuliers sont nécessaires actuellement ou le seront à l'avenir. Il faut de nouvelles études et de nouvelles expériences, mais il n'en faut pas moins prendre des mesures positives à l'égard de certains groupes qui existent dans ce domaine[3].

---

[1] L'enquête sur les hôpitaux de la Saskatchewan et plan directeur 1961, *op. cit.*, évalue comme suit les effectifs minimums nécessaires à «des régimes suffisants de réadaptation axés sur les hôpitaux» en Saskatchewan pour les années 1961-1970:

Médecine physique	9
Thérapie physique	46
Ergothérapie	18
Logopédie	6
Service socio-médical	11

Le rapport évalue la population de la Saskatchewan à 971,204 en 1970.

[2] Ce problème sera étudié plus avant au volume II du présent rapport.

[3] Voir chapitre 2, recommandations 113-115.

CONCLUSION

Il existe un lien étroit entre les soins à domicile et la réadaptation, deux des composantes du complexe des services de santé dont l'importance s'accroît. Comme la nouvelle façon d'aborder les soins des maladies psychiatriques et comme l'établissement de l'exercice médical groupé, il ne s'agit pas tant de nouveaux genres de services que de nouvelles manières d'employer et d'organiser une diversité de services. Les soins à domicile et la réadaptation ne se prêtent pas, comme nous l'avons fait remarquer, à la même sorte d'analyse quantitative à laquelle nous pouvons soumettre les effectifs et les installations; cependant, ces nouvelles façons d'organiser nos services de santé entraîneront des modifications et des glissements de la demande de services particuliers. Par exemple, dans la mesure où un régime de soins à domicile signifie que les malades ne vont pas à l'hôpital, le médecin devra consacrer de plus en plus de temps à des visites à domicile; par ailleurs, il y aura moins de visites à domicile puisque les visites de l'infirmière et d'autres travailleurs de santé en vertu du régime de soins à domicile remplaceront, dans une certaine proportion, les visites du médecin. Par suite de la nouvelle possibilité de traitement actif et de réadaptation dans le domaine des maladies chroniques, tant physiques que mentales, au lieu de rester longtemps dans une institution et d'y recevoir surtout des soins de garde—et donc moins coûteux—le malade restera moins longtemps mais recevra des soins actifs, et donc plus coûteux. Les soins seront meilleurs et plus efficaces; il se peut aussi que des soins de courte durée à coût unitaire élevé équilibrent le coût total élevé de soins à long terme, mais à coût unitaire plus bas.

Les caractères et les répercussions des nouvelles modalités d'organisation, de fourniture et d'utilisation des divers services de santé seront l'objet d'une étude plus poussée au volume II du présent rapport. Ces modalités seront nécessairement affectées par les nouvelles méthodes de financer les services de santé que nous recommandons. Qu'il suffise ici d'insister sur le fait que la haute qualité des services de santé exige non seulement des effectifs et des installations ou un mode de financement équitable. Il faut aussi une organisation et une coordination efficaces, des divers aspects de notre système des services de santé proprement dit et des autres services communautaires qui sont nécessaires pour compléter (comme dans le cas de la réadaptation) ce que la médecine peut accomplir, et pour y suppléer.

Nous avons établi les divers avantages qu'on peut retirer de régimes organisés de soins à domicile, et l'expérience a montré quelle contribution particulière ils peuvent apporter aux soins des vieillards et de ceux qui sont atteints de maladies chroniques, qui comptent parmi nos principaux problèmes de santé. Nous recommandons donc des mesures visant à encourager la mise en œuvre de régimes de soins à domicile[1].

---

[1] Chapitre 2, recommandations 116-123.

Nous insistons à nouveau sur l'importance de la réadaptation en tant que gamme essentielle de services visant à permettre à l'individu de reprendre un rôle utile dans la collectivité. Nous recommandons des mesures pour augmenter les effectifs de spécialistes dans le domaine de la médecine physique[1] et à étendre les prestations en vertu du régime de services de santé de façon à comprendre la physiothérapie et, quand la chose est possible, la fourniture d'appareils, d'instruments et d'aides de prothèse et d'orthopédie[2]. Étant donné la demande croissante de services de prothèse de tous genres, et pour marcher de pair avec les progrès rapides de la technique des divers appareils, nous recommandons aussi qu'on accorde une attention toute spéciale aux recherches reliées à ces sujets[3].

[1] Chapitre 2, recommandations 151-152.
[2] Chapitre 2, recommandations 30 (k) et (l), 113, 114.
[3] Chapitre 2, recommandation 115.

16

Industrie des produits pharmaceutiques

Notre mandat nous impose la tâche d'évaluer le coût des services dont bénéficient, à l'heure actuelle, les Canadiens dans le domaine de la santé, en y ajoutant le coût approximatif de tout changement que nous pourrions proposer en vue d'étendre les régimes actuels ou d'en établir de nouveaux.

Étant donné que les médicaments vendus sur ordonnance forment une partie essentielle et intégrante des soins de santé, nous avons souligné dans le premier chapitre qu'un programme complet et universel dans ce domaine devrait les inclure[1]. L'Association des pharmaciens du Canada partage notre avis et elle a déclaré que «tout programme de soins de santé complet doit comprendre la fourniture des médicaments et des services pharmaceutiques»[2].

Les dépenses en médicaments sont une lourde charge pour le consommateur, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie prolongée qui exige des médicaments très coûteux. Nous avons établi, au chapitre 9, qu'au Canada les dépenses en médicaments sont presque aussi élevées que les dépenses en soins médicaux[3].

Les prix élevés des médicaments au Canada ont donné lieu à beaucoup de plaintes. D'autre part, certains fabricants de produits pharmaceutiques prétendent dans leur mémoire que leurs prix ont augmenté moins vite que ceux de la plupart des autres biens et services de consommation[4].

Les témoignages relevés au chapitre 17 signalent que les prix des médicaments au Canada comptent parmi les plus élevés des nations industrialisées et que le montant payé par le consommateur est, dant un certain nombre de cas, le multiple de ce que coûtent les produits identiques fournis par les institutions telles que les hôpitaux, les organismes publics, etc.

Le chapitre 17 examine aussi l'affirmation des représentants de l'industrie des produits pharmaceutiques, à savoir que les prix ont, dans l'ensemble, fort peu augmenté depuis la guerre. Cette affirmation s'appuie

---

[1] Voir chapitre 2, recommandation 58.

[2] L'Association des pharmaciens du Canada inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 159.

[3] Les dépenses en médicaments (prescrits ou non) au Canada équivalaient, en 1961, à 95 p. 100 des honoraires versés la même année aux médecins.

[4] L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962.

sur l'Indice des prix des produits pharmaceutiques qui forme partie intégrante de l'Indice des prix à la consommation établi par le Bureau fédéral de la statistique. L'indice comprend cinq médicaments dont le prix est resté relativement stable pendant la période d'après-guerre et qui ne constitue qu'une minime fraction des milliers de produits pharmaceutiques vendus sur ordonnances au Canada. Il ne tient pas compte du grand nombre des produits pharmaceutiques coûteux lancés sur le marché ces dernières années.

Les données rapportées au chapitre 17 font ressortir que la plus grande partie des médicaments vendus sur ordonnance entrent dans la catégorie des produits moins coûteux. Mais, lorsqu'il s'agit d'une grave ou longue maladie, les médicaments que doivent payer les personnes souvent les moins capables de le faire constituent une lourde charge pour les familles en cause.

Ce qui nous intéresse surtout, c'est: 1° évaluer le rôle de premier plan des médicaments vendus sur ordonnance dans le cadre d'un service de santé intégré, 2° estimer le coût de ces services et l'augmentation qui résulterait, le cas échéant, de l'application du programme plus vaste recommandé, 3° signaler certains des éléments les plus importants qui contribuent au coût et aux prix des médicaments au Canada, et 4° recommander les mesures auxquelles les gouvernements pourraient recourir afin de permettre à l'industrie des produits pharmaceutiques de ramener le coût et les prix des médicaments à un niveau plus acceptable pour le public canadien, et qui faciliteraient l'application et le financement au Canada d'un régime d'assurance général comme celui que recommande le chapitre 2.

Ce qui nous intéresse donc essentiellement, c'est d'établir le coût éventuel des prestations pharmaceutiques pour le public canadien et la façon la plus équitable et pratique d'en répartir la lourde charge.

En évaluant le coût d'un régime d'assurance-ordonnances, il nous a fallu examiner la question de savoir si les gouvernements s'intéresseraient davantage, à l'avenir, au problème du coût et des prix des médicaments et si leur intérêt, toujours croissant, amènerait éventuellement l'adoption de mesures tendant à établir au Canada, en recourant à des moyens de production et de distribution économiques, les prix les plus bas possible pour les médicaments, tout en maintenant la haute qualité.

Sinon, il aurait fallu supposer que les divers gouvernements laisseraient le niveau des prix s'établir de lui-même sur le marché, sans modifier les moyens de protection, c'est-à-dire certaines dispositions relatives aux brevets, aux marques de commerce et aux droits de douane, qui contribuent apparemment au prix élevé des médicaments.

Le chapitre 9 révèle que le public s'inquiète du coût et des prix des médicaments et que cette inquiétude a eu pour résultat les enquêtes et les études auxquelles ont procédé plusieurs assemblées législatives et qui ont abouti à des rapports et à des recommandations concernant la qualité et les prix des produits pharmaceutiques. Par conséquent, tenant compte de l'intérêt toujours croissant du public et de la préoccupation accrue que manifestent les assemblées législatives à ce sujet, nous avons cru pouvoir conclure

que les enquêtes déjà entreprises ou envisagées aboutiraient peut-être à l'adoption de mesures tendant à la diminution des prix des médicaments vendus sur ordonnance au Canada.

Afin de pouvoir formuler les recommandations qu'il convient dans le domaine des médicaments, nous avons examiné toute la structure de l'industrie des produits pharmaceutiques au Canada, les tendances des frais et des prix de ces produits et les conséquences qu'auraient les dispositions législatives visant ces frais et prix. Nous nous sommes surtout appuyés sur les résultats des diverses enquêtes parlementaires et sur les mémoires et les témoignages présentés à la Commission ainsi que sur le travail déjà accompli par d'autres commissions et comités d'enquête[1].

Le présent chapitre expose le régime actuel de la fabrication et de la distribution des médicaments (y compris le commerce de gros et de détail), l'emprise étrangère sur l'industrie des produits pharmaceutiques au Canada, la production intérieure, les importations, la publicité et la stimulation ainsi que la recherche et l'application. Le chapitre 17, qui a trait aux coûts et aux prix des médicaments, examine les éléments de la structure actuelle du coût et du prix, comprenant la fabrication, la vente en gros et au détail, la fabrication et l'importation des médicaments au Canada, la tendance des prix depuis l'après-guerre ainsi qu'une comparaison internationale des prix des produits pharmaceutiques. En outre, le chapitre 17 passe en revue les mesures législatives existantes concernant la fabrication et la distribution des médicaments, y compris la Loi sur les brevets, la Loi sur les marques de commerce, le tarif des douanes et d'autres lois.

Les chapitres 16 et 17 évaluent les problèmes qui se posent dans le domaine des produits pharmaceutiques au Canada et dont certains revêtent assez d'importance pour en motiver l'étude par les divers gouvernements. Nous avons donc formulé, au chapitre 2, les recommandations qu'il convenait de faire au sujet des produits pharmaceutiques[2].

RÉGIME ACTUEL DE LA FABRICATION ET DE LA DISTRIBUTION

Fabrication

La publication du Bureau fédéral de la statistique intitulée *Manufacturers of Pharmaceuticals and Medicines,* pour l'année 1960 relève que l'industrie en cause se composait de 198 entreprises et que la valeur d'origine de leurs expéditions a atteint 165 millions de dollars. Ces fabriques se trouvent, pour la plupart, dans l'Ontario et la province de Québec; elles y concentrent, à elles seules, 98 p. 100 des 7,994 personnes qu'emploie

[1] Voir chapitre 2 et chapitre 9.
[2] Voir chapitre 2, recommandations 58-82.

l'industrie dans son ensemble[1]. Environ 92 p. 100 de la valeur globale de tous les produits livrés par l'industrie en 1960 se composait de médicaments et de produits pharmaceutiques, le reste comprenant des désinfectants, des insecticides, des articles de toilette et ainsi de suite[2]. Sur l'ensemble des expéditions de médicaments et de produits pharmaceutiques, 16 p. 100 étaient des spécialités, dont les médicaments brevetés et les remèdes de famille.

D'après la publication du Bureau fédéral de la statistique pour 1959, l'industrie comprenait 188 établissements. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada estime que, sur ce nombre 70 environ fabriquaient chacun plusieurs séries de médicaments contrôlés et 75 plusieurs séries de spécialités, alors que le reste se composait d'agents, de grossistes et de détaillants qui fabriquaient aussi eux-mêmes des médicaments et d'entreprises d'emballage et d'autres fournisseurs. Il y a lieu d'ajouter deux entreprises importantes qui, tout en étant membres de l'Association[3] et fabriquant certains produits pharmaceutiques contrôlés, ne figurent pas sur les listes établies pour l'année en question par le Bureau fédéral de la statistique.

On trouve, dans le Livre vert, la description suivante des principales catégories de fabricants de médicaments contrôlés:

> a) *Fabricants de médicaments de base.* Certaines compagnies, comme la *Fine Chemicals of Canada, Limited,* fabriquent des médicaments de base qu'elles vendent en vrac aux autres compagnies. En outre, certaines maisons des États-Unis, et d'Europe, qui ne fabriquent que des médicaments de base, ont des organismes de vente au Canada. Les grands fabricants de médicaments contrôlés, dont fait mention le paragraphe suivant, fabriquent également des médicaments de base et quelques-uns d'entre eux vendent certains de ces produits en vrac ou préparés sous diverses formes, en grande quantité, à d'autres fabricants et distributeurs. Naturellement, ils vendent aussi aux commerçants et au public, par l'intermédiaire de leurs organismes de vente, des médicaments portant l'étiquette de leur maison.
>
> b) *Grands fabricants de médicaments contrôlés.* Ces établissements se spécialisent dans la fabrication des médicaments contrôlés, mais ils font aussi parfois commerce de quelques spécialités pharmaceutiques. Il arrive qu'une compagnie se spécialise dans les médicaments contrôlés, tandis qu'une compagnie apparentée s'occupe de spécialités médicales et de produits divers. Ainsi, la *Bristol Laboratories of Canada, Ltd.,* est apparentée à la *Bristol-Myers Company,* et la *Riker Pharmaceutical Company, Limited,* fabrique les médicaments contrôlés du groupe *Rexall.* Les principales caractéristiques des grands fabricants de médicaments contrôlés sont les suivantes: ils ont les installations nécessaires à la fabrication et à la préparation de médicaments compliqués et de leurs diverses formes de présentation; ils se livrent à des travaux de recherches; ils peuvent créer des spécialités qui leur sont propres, soit en mettant au point de nouveaux médicaments, soit en réalisant des mélanges dont les propriétés sont uniques

---

[1] *Rapport sur la fabrication, la distribution et la vente des médicaments,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, p. 37 de l'anglais.

[2] *Ibid.,* p. 40.

[3] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, *op. cit.*

ou sont censées l'être; enfin, ils sont en mesure de faire une publicité suffisante qui les assure que leurs produits sont connus et acceptés par les médecins et les pharmaciens. Ces compagnies sont renommées, à juste titre, semble-t-il, pour la qualité de leurs produits. Une bonne partie des recherches, de la mise au point des spécialités et du contrôle de la qualité exercé dans la préparation des produits se fait à l'extérieur du Canada.

c) *Petits fabricants de médicaments contrôlés.* Ces fabricants se diversifient considérablement selon leur importance, mais ils se distinguent généralement des grands fabricants de médicaments contrôlés non seulement en raison de l'importance ou du volume de leurs affaires, mais aussi parce qu'ils ne font pas le commerce des produits nouveaux et complexes (à moins qu'ils n'achètent simplement ces produits en vue de les revendre); ils font peu ou point de recherche[1]; ils ne peuvent mettre au point ni nouveaux médicaments ni spécialités de quelque importance; ils sont incapables d'entreprendre de grandes campagnes de publicité. Les produits qu'ils vendent peuvent être d'excellente qualité; de fait, certains d'entre eux proviennent des grands fabricants de médicaments contrôlés et sont identiques à ceux que vendent ces derniers, mais les petits établissements n'ont pas la même réputation que les grands.

d) *Fabricants de spécialités dans le domaine de produits contrôlés.* Certaines maisons ont peu d'envergure du point de vue du volume de leurs affaires parce qu'elles se spécialisent dans un domaine particulier; mais, dans ce domaine particulier, leurs produits sont généralement reconnus comme les meilleurs. Citons, à titre d'exemple, les *Baxter Laboratories of Canada, Limited,* qui se spécialisent dans les solutions injectables et les produits connexes. (Les *Baxter Laboratories of Canada, Limited,* sont une filiale appartenant entièrement aux *Baxter Laboratories, Inc.,* Illinois).

e) *Fabricants de médicaments sur commande et emballeurs.* Certains fabricants se spécialisent dans la fabrication de médicaments sur commande ou dans l'emballage. Ils achètent ou reçoivent les médicaments de base, les préparent sous diverses formes et les emballent pour d'autres compagnies. Ils ne vendent pas directement aux commerçants ni au public. Selon les renseignements fournis au directeur, le nombre de ces maisons augmente, sans doute parce que les petits fabricants et les petits distributeurs veulent ajouter à leurs spécialités des produits fabriqués sur commande et selon leurs données.

f) Certains établissements, dont le principal genre d'affaires a trait à des domaines connexes, sont d'importants distributeurs de produits pharmaceutiques. L'*Ingram & Bell, Limited,* par exemple, qui vend surtout des fournitures chirurgicales et du matériel d'hôpital, a un commerce considérable de médicaments. Elle vend des produits pharmaceutiques qu'elle fabrique ou fait fabriquer selon ses données propres et fait fonction de distributeur national de certains autres fabricants.

g) Beaucoup de sociétés étrangères n'ont ni filiales ni succursales au Canada, mais elles s'y font représenter par des agents. Ces établissements ont d'habitude un assortiment restreint de produits et leur commerce au Canada est relativement peu considérable. Dans ces cas, les produits pharmaceutiques arrivent au Canada emballés et prêts à la revente[2].

---

[1] Cette affirmation est prise à partie dans les vues présentées à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce par le président de la *Nordic Chemicals Limited.* Celui-ci estime qu'il est erroné d'affirmer qu'aucune petite entreprise ne se livre à des recherches aussi importantes que celles de ses grands concurrents.

[2] Livre vert, p. 75.

Dans les vues qu'elles nous ont exprimées, l'Association des pharmaciens du Canada[1] et l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada[2] ont émis l'idée que le grand nombre des entreprises de l'industrie et la petite part du marché de chacune prouvaient que la commercialisation n'est guère concentrée. On peut donc, à juste titre, conclure à l'existence d'une concurrence réelle. Cependant, les données statistiques ne justifient pas à notre avis, cette conclusion.

En effet, en 1959, trente-huit sociétés ont déclaré que leurs fabriques avaient expédié pour plus d'un million de dollars de produits, ce qui représentait 84 p. 100 du chiffre de l'ensemble de l'industrie. Les autres 16 p. 100 revenaient à 149 établissements dont 82 ont déclaré des expéditions de moins de $100,000[3]. Voici les noms de vingt-neuf entreprises particulières parmi les trente-huit dont les expéditions de médicaments contrôlés dépassaient un million de dollars:

Abbott Laboratories Ltd.
Anca Laboratories
Ayerst, McKenna & Harrison Ltd.
Baxter Laboratories of Canada Ltd.
Bristol Laboratories of Canada Ltd.
The British Drug Houses (Canada) Ltd.
Burroughs-Wellcome & Co. (Canada) Ltd.
Ciba Company Ltd.
Charles E. Frosst & Company
Geigy Pharmaceuticals, Division of Geigy (Canada) Ltd.
Frank W. Horner Limited
Laboratoires Nadeau Limitée
Lederle/Cyanamid of Canada Ltd.
Eli Lilly & Company (Canada) Ltd.
Merck Sharp & Dohme of Canada Ltd.
The Wm. S. Merrell Company
Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd.
Parke, Davis & Company, Ltd.
Pfizer Canada
Poulenc Ltée
A. H. Robins Company of Canada Ltd.
Rougier Inc.
Schering Corporation Ltd.
Smith Kline & French Inter-American Corporation
E. R. Squibb & Sons of Canada Ltd.
The Upjohn Company of Canada
Warner-Chilcott Laboratories Co. Ltd.
Winthrop Laboratories of Canada Ltd.
John Wyeth & Brother (Canada) Ltd.[4]

La puissance compétitive de la plupart des autres entreprises de l'industrie est probablement assez faible et ne saurait donc guère menacer la position des sociétés importantes qui ont, pour la plupart, des relations internationales.

---

[1] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*
[2] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, *op. cit.*
[3] *Ibid.*
[4] Livre vert, *op. cit.*, p. 177.

Une autre raison, plus élémentaire, qui permettrait de douter que la multiplicité des entreprises puisse garantir une concurrence utile, c'est que les médicaments servent à traiter des états spécifiques et qu'il n'existe pas de succédanés réels pour bon nombre de remèdes. Il n'est donc guère possible de les considérer vraiment comme des produits compétitifs. Même lorsqu'il est loisible de prescrire plusieurs médicaments pour la même affection, le nombre des entreprises qui mettent sur le marché des produits concurrents sera restreint, pour peu que d'autres médicaments en soient exclus par des brevets ou par le succès de certaines marques de commerce habilement lancées. Dans les cas où le consommateur ne peut substituer un produit à un autre, en raison de la nature spécifique du remède, ou lorsque l'obstacle des brevets ou le coût élevé du lancement d'une nouvelle marque empêche le producteur de passer de la fabrication d'un produit à celle d'un autre, il faut tenir compte des circonstances qui peuvent influer sur l'offre de chaque médicament avant de pouvoir se prononcer sur la concentration ou l'efficacité de la concurrence.

A la suite de notre demande, l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada nous a fourni, le 30 avril 1962, sous forme de mémoire, les réponses aux questions précises que nous avions posées sur l'industrie pharmaceutique. Afin de répondre au questionnaire, la maison *Clarkson, Gordon & Co.*, de Toronto, avait procédé, pour 1960, à une enquête sur quarante sociétés de produits pharmaceutiques (Enquête Clarkson). Étant donné que cinq entreprises n'ont pu fournir l'évaluation détaillée des ventes, il a fallu, pour remplir le questionnaire, s'appuyer sur les réponses de trente-cinq sociétés. Celles-ci ont indiqué une valeur de $102,633,000 de ventes de produits pharmaceutiques destinés à l'homme, soit 62 p. 100 des ventes totales au Canada. Il s'agissait de la plupart des sociétés importantes mentionnées plus haut par le Directeur des enquêtes et des recherches (Loi sur les coalitions). Sur l'ensemble des produits pharmaceutiques destinés à l'homme vendus par ces sociétés, 37.6 p. 100 (38.7 millions de dollars) sont allés aux grossistes, 36.2 p. 100 (37.1 millions de dollars) au commerce de détail (y compris les entreprises à succursales multiples et les médecins ayant une officine), 19.3 p. 100 (19.8 millions de dollars) aux hôpitaux et aux institutions, 3.9 p. 100 (4 millions de dollars) aux gouvernements et 3 p. 100 (3.1 millions de dollars) à l'exportation. Quant à la valeur des produits pharmaceutiques pour les vétérinaires, des spécialités, des produits chimiques et autres également vendus par ces 35 sociétés, elle s'est élevée à 16.9 millions de dollars. Les ventes à d'autres fabricants et importateurs n'ont pas été classées dans une catégorie distincte par ces 35 sociétés. Toutefois, les 40 entreprises ont toutes fait savoir qu'elles avaient fabriqué pour 3 millions de dollars de marchandises, dont 2.8 millions représentaient des produits pharmaceutiques destinés à l'homme, à l'intention d'autres membres de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada. Dans l'évaluation détaillée ci-dessus, les ventes à prix modiques aux gouvernements, aux hôpitaux et à l'exportation représentent, il va de soi, un volume plus important par rapport à la valeur.

Vente en gros

D'après le recensement de 1951, il y avait alors, au Canada, 141 grossistes en médicaments et produits pharmaceutiques[1]. De 1951 à 1959, la vente en gros des médicaments a augmenté d'environ 64 p. 100 pour atteindre le montant global de 220 millions de dollars en 1959[2]. En 1961, on estimait à environ 42 le nombre des véritables grossistes en produits pharmaceutiques, soit, mettons, ceux qui disposaient d'un stock complet[3]. A part des grossistes authentiques, l'autre principale catégorie d'entreprises dénombrées par le recensement est le dépôt de vente qui ne stocke et n'écoule que les produits d'un seul fabricant. Celui-ci en est généralement le propriétaire ou en exerce le contrôle.

Le grossiste qui dispose d'une série complète de produits pharmaceutiques en stock peut-être, parfois, 8,000 différents, auxquels viennent s'ajouter des fournitures infirmières, des articles de premiers soins, des produits chimiques servant en pharmacie, des huiles essentielles, des articles élastiques de soutien, des appareils sanitaires, des articles de verre vendus sur ordonnance, des médicaments brevetés et des spécialités, des articles de toilette et de beauté, ce qui porte le stock à quelque 27,000 articles. Le pharmacien s'approvisionnera probablement à meilleur compte chez le fabricant que chez le grossiste. Cependant, l'économie qu'il réalisera en recourant à l'achat direct ne sera appréciable que dans le cas de la commande minimale. Il s'approvisionnera donc probablement chez le fabricant pour les produits qu'il revend en grande quantité et chez le grossiste pour ceux dont le débit est peu important. En fait, c'est le grossiste qui tient le stock du détaillant, ce qui permet à ce dernier d'avoir moins de marchandises en magasin.

Outre le grand nombre d'articles qu'ils ont en stock, le commerce des grossistes présente plusieurs aspects caractéristiques. Ils doivent, par exemple, obtenir un bulletin de commande signé par un pharmacien diplômé avant de livrer l'une des 452 préparations contenant des narcotiques ou l'un des 929 autres produits pharmaceutiques contrôlés. Ces produits font l'objet de rapports et sont enregistrés en vertu de la Loi sur les stupéfiants et de la Loi sur les aliments et drogues. Une autre caractéristique du commerce de gros, c'est que les expéditions se font généralement en quantités inférieures à la caisse, ce qui exige des manipulations. En effet, 9 p. 100 seulement de toutes les commandes portent sur la quantité de la caisse d'origine[4]. D'autres traits particuliers du commerce de gros, c'est que bon nombre de grossistes livrent la marchandise le jour même et sont ouverts jour et nuit pour les cas d'urgence. Beaucoup d'entre eux emploient des pharmaciens immatriculés ou licenciés pour contrôler la manipulation des médicaments puissants ou réservés. Enfin, les maisons de gros, dont l'affaire consiste princi-

[1] Les données de 1961 ne sont pas disponibles au moment de la rédaction. On voit, ici encore, comment le retard de publication peut rendre des données inutiles.

[2] Livre vert, p. 76.

[3] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*

[4] *Ibid.*

palement à distribuer les produits d'autres fabricants, emballent et vendent souvent sous leur propre étiquette une série limitée de spécialités courantes et de remèdes de famille[1].

En 1957, près de 96 p. 100 de toutes les ventes des grossistes en produits pharmaceutiques sont allées aux détaillants, 2.5 p. 100 seulement aux hôpitaux et aux institutions, 1.5 p. 100 à d'autres maisons de gros et 0.2 p. 100 aux acheteurs divers[2]. Le mémoire du Dr J. L. Summers, directeur des services pharmaceutiques de l'Hôpital universitaire de Saskatoon, permet de conclure que la situation est en train de changer. «Notre hôpital, déclare le Dr Summers, s'adresse, pour sa part, beaucoup au commerce de gros. En effet, comme nous ne pouvons avoir constamment en stock tous les médicaments, celui-ci constitue, pour ainsi dire, une réserve supplémentaire où il est possible d'obtenir, dans les plus brefs délais, des produits pharmaceutiques en petites quantités. Un certain nombre de fournisseurs ne vendent, d'ailleurs, que par l'intermédiaire des grossistes. C'est pourquoi nous nous adressons, dans notre région, beaucoup aux maisons de gros»[3]. En outre, une enquête sur les achats effectués en 1959 par 162 hôpitaux ontariens démontre que les moins importants se sont procurés presque 23 p. 100 de leurs médicaments chez le grossiste, et que même les grands hôpitaux affiliés aux écoles de médecine s'y approvisionnaient pour près de 16 p. 100[4].

Vente au détail

Le public ou certains secteurs du public se procurent les médicaments requis dans les pharmacies de détail, les pharmacies des hôpitaux, les officines des médecins autorisés, les organismes de l'État, dans les dispensaires industriels, les organismes de santé privés et autres, et dans les institutions privées comme les foyers de garde, etc. Dans toutes les provinces, les médecins sont autorisés à fournir les médicaments qu'exige l'état de leurs malades. En outre, dans certaines circonstances, ils peuvent se faire immatriculer comme autorisés à fournir des services pharmaceutiques à d'autres qu'à leurs malades. C'est surtout le cas dans les régions éloignées. La valeur des médicaments ainsi distribués au prix de détail peut atteindre 15 millions de dollars[5]. Les organismes publics qui distribuent des médicaments comprennent les ministères fédéraux de la Défense nationale, des Affaires des anciens combattants et de la Santé nationale et du Bien-être social (Direction des services de santé des Indiens et du Nord), les policliniques provinciales qui traitent certains indigents et assistés sociaux et, au palier municipal, les bureaux de

---

[1] Livre vert, p. 77.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique. Rapport sur la production, la distribution et le coût des médicaments au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

[3] Transcription des témoignages, *Audiences,* 24 janvier 1962, vol. 19.

[4] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario sur *Le coût des produits pharmaceutiques,* 1963, appendice C.

[5] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

santé locaux qui assurent des services d'immunisation et certaines commissions scolaires qui distribuent des vitamines, etc. Les infirmeries de l'industrie peuvent, non seulement être des postes de premiers soins, mais aussi distribuer des médicaments pour répondre aux besoins immédiats et appliquer un programme de prophylaxie[1].

Les divers services qu'assure le pharmacien détaillant se résument ainsi:

1. Maintenir des stocks suffisants de médicaments, même ceux qui sont peu demandés.
2. Se tenir en disponibilité vingt-quatre heures par jour.
3. Renseigner le médecin sur l'efficacité des médicaments ou sur les contre-indications à observer.
4. Rappeler au client la bonne façon d'employer les médicaments vendus sur ordonnance.
5. Vérifier toute erreur possible dans l'ordonnance du médecin.
6. Vérifier de près les ordonnances que le malade est autorisé à faire exécuter de nouveau.
7. Assumer la responsabilité légale de la préparation de certains médicaments. (Il existe, à part les produits vendus sur ordonnance, toute une gamme de produits pharmaceutiques et de poisons dont la vente est, selon la loi, réservée aux pharmaciens.)
8. Mettre, le cas échéant, les locaux de la pharmacie à la disposition du public en tant que poste de premiers soins.
9. Avoir en stock les vaccins requis pour les programmes de santé publique.
10. Donner des conseils sur la valeur respective des spécialités (sans ordonnance) pour traiter les affections bénignes dont le client a pu reconnaître lui-même la nature.

Depuis des années, les fabricants ont fourni un nombre croissant de médicaments tout préparés. Par conséquent, le pharmacien est loin de consacrer, dans la plupart des cas, la moitié de son temps[2] aux ordonnances; le reste de son activité se rapportant à la vente d'autres marchandises[3]. D'après la *Saskatchewan Pharmaceutical Association,* tout juste moins de 10 p. 100 des ordonnances vendues par les pharmacies de détail de Saskatchewan sont préparées sur les lieux[4]. Cette faible proportion paraît quelque peu surestimée au regard des autres chiffres qui nous ont été fournis. En Colombie-Britannique, les ordonnances remplies dans les pharmacies en 1960 sont estimées à 3 p. 100 du total des ordonnances et ne représenteraient que 2.5 p. 100 de la valeur totale[5]. Dans son rapport, la Com-

---

[1] *Ibid.*
[2] *Transcription, op. cit.,* 24 janvier 1962, vol. 19.
[3] Voir la section du chapitre 17 concernant la vente au détail des médicaments.
[4] *Transcription, op. cit.,* 24 janvier 1962, vol. 19.
[5] *Ibid.,* 21 février 1962, vol. 29.

mission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce donne deux autres chiffres approximatifs, les deux fondés sur des enquêtes: l'*Alberta Pharmaceutical Association* conclut que 3.96 p. 100 seulement des ordonnances ont été préparées par le pharmacien lui-même dans cette province; le doyen F. N. Hughes et le professeur G. C. Walker estiment à 5 p. 100 le nombre des ordonnances remplies par les pharmaciens. Il en est résulté, suivant l'Association des pharmaciens du Canada, que «dans la pratique, les méthodes pharmaceutiques ont perdu de leur importance, mais que la connaissance pharmaceutique des médicaments, de leur emploi, de leurs contre-indications, de leurs formes de présentation et de leur toxicité est devenue de plus en plus essentielle . . .[1]».

Si le fabricant livre de plus en plus de médicaments tout préparés, c'est principalement parce que la préparation de certains médicaments et de leurs associations, en particulier, exige un contrôle et des manipulations très élaborés. Il n'est guère douteux, toutefois, qu'une des raisons du changement soit l'emploi de plus en plus fréquent du nom commercial pour les associations spéciales de médicaments contrôlés. Quoi qu'il en soit, les témoignages entendus indiquent que le rôle du pharmacien évolue et exige une formation professionnelle plus poussée. Pour ce qui est de l'immatriculation des pharmaciens, la majorité des provinces exigent maintenant quatre ans d'études à l'université et un stage d'apprentissage relativement court[2]. Ainsi, le pharmacien qui a une solide formation universitaire peut très bien conseiller utilement le médecin au sujet de l'efficacité et de la sûreté des médicaments et le renseigner sur les médicaments.

Il ressort des données établies pour 1961 par le Bureau fédéral de la statistique que les ventes des pharmacies indépendantes ont atteint 362 millions de dollars et celles des chaînes de pharmacies, 56 millions[3]. D'après l'Association des pharmaciens du Canada, 90 p. 100 des pharmacies sont des entreprises individuelles. Les établissements en série ne sont qu'au nombre de 431, exploitées par 39 sociétés, ce qui prouve l'absence de sociétés gigantesques dans le commerce pharmaceutique de détail[4]. L'enquête annuelle de l'Association (portant sur 664 pharmacies, soit une sur huit) a montré que la pharmacie de détail a réalisé un volume de ventes moyen de $106,688 en 1960. Elle a exécuté, en moyenne, 8,846 ordonnances par an, ou 24 par jour, d'une valeur moyenne de $3.06[5]. Toutefois, le volume des ventes de 61 p. 100 des phamaciens est inférieur à cette moyenne et, pour 11 p. 100 d'entre eux, il n'atteint pas $50,000 par an[6].

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 384 de l'anglais.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

[3] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 380 de l'anglais.

[4] *Ibid.*, p. 386.

[5] *The Canadian Pharmaceutical Journal*, vol. 94, n° 9, septembre 1961, pp. 2-3.

[6] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*

Les sondages annuels pratiqués par le professeur H. J. Fuller pour l'Association des pharmaciens du Canada et publiés dans le *Canadian Pharmaceutical Journal* indiquent que les ventes sur ordonnances représentent une proportion de plus en plus importante du chiffre d'affaires de la pharmacie de détail moyenne. Voici le pourcentage de chacune des années ci-dessous:

1951	15.1	1957	23.7
1952	18.2	1958	23.6
1953	16.3	1959	26.0
1954	19.8	1960	25.0
1955	20.0	1961	26.0
1956	22.1		

On nous a dit au cours de nos audiences que le pharmacien n'était souvent en mesure d'assurer des services pharmaceutiques dans sa localité que parce qu'il vendait, en outre, une foule d'autres produits.

L'Association des pharmaciens du Canada a déclaré que les ventes de la pharmacie «moyenne» qui avait répondu à l'enquête annuelle se composaient, à concurrence de 25 p. 100, de médicaments vendus sur ordonnance et de 75 p. 100 d'articles divers[1]. L'Association en a conclu que la plupart des pharmacies ne pourraient survivre si elles se limitaient à assurer des services purement pharmaceutiques[2]. L'Association des pharmaciens détaillants de l'Ontario (*Ontario Retail Pharmacists' Association*) a affirmé que «le pharmacien s'est lancé à la demande du public, dans le domaine des articles parapharmaceutiques qui constituent aujourd'hui le gros de son affaire»[3].

Le comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario a fait remarquer qu'il est, du point de vue économique, essentiel pour une pharmacie de vendre des articles et des marchandises autres que les médicaments. Le revenu provenant de la vente des produits pharmaceutiques sur ordonnance est légèrement supérieur, en moyenne à 20 p. 100 du revenu brut provenant des spécialités et des articles divers[4].

Le Comité spécial a ajouté: «Une autre anomalie du commerce pharmaceutique qu'on nous a signalée, c'est que le pharmacien doit être de service tant que son magasin reste ouvert. Il se présente là une difficulté pour les entreprises n'ayant qu'un pharmacien, lequel doit fermer les locaux chaque fois qu'il s'en absente pour une raison ou une autre, ce qui se traduit par une perte de revenu pour lui et des inconvénients pour ses clients»[5].

Même en supposant que le magasin puisse rester ouvert quand le pharmacien ne s'en éloigne que pour une brève période de temps, après avoir fermé son officine, il paraît souhaitable de mieux préciser les disposi-

---

[1] *Ibid.*

[2] *Ibid.*

[3] *The Ontario Retail Pharmacists' Association*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 7.

[4] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

[5] *Ibid.*

tions législatives en vigueur dans la province afin d'aviser aux vues exprimées par les pharmaciens détaillants.

Un sondage dans les pharmacies de diverses régions du Manitoba a révélé que le nombre des médicaments vendus sur ordonnance en stock chez les pharmaciens oscillaient entre 1,300 et 5,700[1]. L'enquête a, en outre, permis de constater qu'approximativement 5 p. 100 de tous les médicaments en stock portaient une date indiquant qu'il ne serait possible de les vendre que pendant une période déterminée, à l'expiration de laquelle il faudrait les détruire. C'est là un aspect particulier du commerce de détail des produits pharmaceutiques.

Le pharmacien détaillant ne peut livrer les médicaments vendus sur ordonnance comme le ferait tout autre commerçant. Il lui est impossible de solder ses produits pour réduire un stock excessif, faire place à une nouvelle catégorie d'articles ou se débarrasser de certaines marchandises de vente lente[2]. Il doit attendre les ordonnances du médecin. Par conséquent, la pharmacie de détail n'a pas, comme les grands hôpitaux, la faculté d'acheter des produits pharmaceutiques en masse; dans les hôpitaux, il est assez facile de prévoir les quantités requises de médicaments les plus courants et de passer des commandes en proportion. La pharmacie de détail, elle, ne peut procéder à beaucoup d'achats en masse. Si le pharmacien agissait ainsi, il risquerait, en plus d'avoir à payer le coût d'un stockage excessif, de ne pouvoir vendre les médicaments en question avant qu'ils perdent de l'efficacité ou se détériorent[3].

Les pharmacies du Canada augmentent non seulement en nombre—4,937 en 1962 en comparaison de 4,325 en 1951—mais aussi en importance. Si l'on divise le chiffre de la population par le nombre des pharmacies, afin d'établir la moyenne de personnes pour chacune, on obtient les chiffres de 3,761 en 1962 contre 3,418 en 1951[4]. Évidemment, la densité des pharmacies par rapport au chiffre de la population varie beaucoup d'une région à l'autre du pays. En 1960, la densité la plus considérable se trouvait en Saskatchewan où chaque pharmacie servait, en moyenne, 2,849 personnes; la densité la plus faible se trouvait à Terre-Neuve où une seule pharmacie servait 8,650 personnes[5]. Si l'on en croit l'Association des pharmaciens du Canada, il y a, dans notre pays, 674 localités desservies par une seule pharmacie[6].

De l'avis de l'Association des pharmaciens du Canada, l'expansion des centres commerciaux au cours des années 1950, la faveur croissante du libre service et certains autres aspects nouveaux de la vente au détail

---

[1] Selon l'Association des pharmaciens du Manitoba, le nombre des médicaments en stock dépend surtout du nombre des médecins dans le secteur. *The Manitoba Pharmaceutical Association*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1962, p. 16.

[2] Par contre, le fabricant ou le grossiste a coutume de reprendre les stocks périmés.

[3] *Transcription, op. cit.*, 10 mai 1962, vol. 50.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 378 de l'anglais.

[5] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*

[6] *Ibid.*

ont modifié et l'apparence et la méthode d'exploitation des pharmacies. Le pharmacien indépendant, devant cette évolution, se trouve à bien des égards désavantagé. Il en résulte, apparemment, une concentration des pharmacies dans les mains de propriétaires de moins en moins nombreux. A ce qu'on dit, les grandes chaînes multiplient sans cesse leurs débouchés, alors que les chaînes moins importantes, qui n'ont, mettons, que dix magasins, augmentent constamment en nombre[1].

L'Association des pharmaciens du Canada affirme que, dans les villes importantes, certains quartiers semblent trop bien servis. Les associations de pharmaciens-détaillants, soit l'*Ontario Retail Pharmacists' Association*[2], la *Pharmaceutical Association of the Province of British Columbia*[3], la *Manitoba Pharmaceutical Association* et la *Saskatchewan Pharmaceutical Association,* sont également d'avis que la concentration de l'exécution des ordonnances dans de grandes pharmacies permettrait peut-être de réaliser certaines économies, mais les deux dernières associations font, à ce point de vue, une réserve, à savoir que la plupart des clients tiennent à s'adresser à la pharmacie locale[4]. Dans la mesure où la clientèle tient réellement à la pharmacie locale ou de quartier, comme elle semble l'indiquer en acceptant de payer des prix plus élevés, ces entreprises survivront. Dans la mesure où elle veut acheter des médicaments au meilleur compte possible, la clientèle fera bien d'encourager la création d'officines à gros chiffre d'affaires qui peuvent, entre autres choses, utiliser à plein les services du pharmacien diplômé.

Dans beaucoup de pays d'Europe, la distribution des médicaments est organisée d'une manière toute différente de celle du continent nord-américain; elle ne s'en remet pas principalement aux forces du marché pour contrôler la densité et l'emplacement des pharmacies de détail. Le Danemark réglemente sévèrement le nombre des pharmacies et leur emplacement. Le pharmacien s'y limite au domaine pharmaceutique proprement dit et est en mesure d'assurer tous les services requis dans ce domaine à 13,000 personnes[5]. Étant donné les grandes distances dont il faut tenir compte au Canada, il ne serait pas pratique d'appliquer chez nous la même proportion, et nous ne désirons pas nécessairement un régime sévère de contrôle et de répartition des pharmacies. Il faudrait, néanmoins, assouplir davantage nos méthodes de distribution. Les observations suivantes faites par le doyen de la faculté de pharmacie de l'Université de Toronto nous semblent judicieuses:

> ... On propose parfois de centraliser l'achat des médicaments en le confiant à un organisme d'État ou, encore, de les vendre aux malades par l'intermédiaire d'officines établies dans des dispensaires ou des «centres

---

[1] *Ibid.*

[2] Association des pharmaciens-détaillants de l'Ontario (*Ontario Retail Pharmacists' Association*), *op. cit.*, p. 30.

[3] Association des pharmaciens de la province de Colombie-Britannique (*The Pharmaceutical Association of the Province of British Columbia*), mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Vancouver, février 1962, p. 30.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 392 de l'anglais.

[5] *Ibid.*, p. 408.

de santé». Au Royaume-Uni, où le régime s'appliquait déjà depuis huit ans, le comité d'enquête sur le coût des ordonnances institué par le ministère de la Santé en 1957 a examiné, sous la présidence de Sir Henry Hinchliffe, tous les aspects des prestations pharmaceutiques. En ce qui concerne les achats et la distribution par l'État, le comité a observé, entre autres choses, ce qui suit: «Les frais qu'entraînerait l'institution d'un service de cette nature ainsi que les dépenses d'ordre administratif qui résultent souvent d'une pareille centralisation augmenteraient sans nul doute le coût des médicaments au lieu de le diminuer.» En ce qui concerne la vente dans des «centres de santé», le comité a déclaré: «Si la distribution du service de santé national était confiée à des centres de santé, les malades, ou ceux qu'on chargerait d'acheter les médicaments, devraient dans bien des cas se déplacer très loin. Quant à la possibilité d'établir de petites officines aussi dispersées que le sont les pharmacies de détail, elle reviendrait, en pratique, beaucoup trop cher . . . Si le grand nombre des pharmacies de détail est économiquement possible, c'est uniquement parce que les deux tiers de leur chiffre d'affaires découlent des ventes ordinaires et qu'un tiers seulement des ventes sont effectuées dans le cadre du Service de santé national.»Le comité est donc arrivé à la conclusion suivante: «Aucune autre solution ne saurait remplacer de façon satisfaisante le régime actuel où il faut passer par le commerce de détail établi pour se procurer les médicaments du Service de santé national. S'il fallait centraliser la vente et la distribution des médicaments ou les confier à des «centres de santé», le coût ne ferait qu'augmenter[1].

A notre avis, le Canada a tout intérêt à recourir davantage, et d'une manière plus pratique, aux services des pharmaciens diplômés, et il serait possible d'atteindre cet objectif en encourageant la création de grandes officines.

Un autre problème auquel doit faire face la pharmacie de détail, c'est le manque de normes pour la vente des médicaments préparés, ce qui coûte cher au consommateur et entraîne, parfois, des pertes pour le pharmacien quand il doit entamer des lots importants pour débiter les produits en petites quantités sans pouvoir rendre le reste au fabricant, une fois que le médicament a perdu son efficacité. A ce point de vue, le comité spécial de l'Assemblée législative d'Ontario a proposé «d'examiner la possibilité d'une normalisation plus rationnelle de l'emballage. Les pilules devraient être emballées par quantités correspondant aux ordonnances courantes et les liquides, en bouteilles normales. Le médecin pourrait ainsi établir son ordonnance en tenant compte de la présentation régulière, ce qui réduirait les frais du malade, ainsi que, pour le pharmacien, les pertes qui découlent du fractionnement des emballages[2].»

Si la question de la normalisation dépend d'une entente entre le fabricant et le détaillant, le bon sens exige que ces deux groupes tentent par tous les moyens de pousser la normalisation des emballages et la distribution des médicaments et de permettre ainsi à l'industrie de repasser au consommateur les avantages économiques réalisés.

---

[1] Brève déclaration du doyen de la faculté de pharmacie de l'Université de Toronto sur certaines opinions de la faculté concernant les services pharmaceutiques assurés en vertu d'un régime général de soins médicaux, présentée à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 2 et 3.

[2] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

Main-mise étrangère sur l'industrie

Le Livre vert mentionne un discours (17 mars 1960) dans lequel M. John T. Connor, président de la société *Merk & Co. Inc.*, a mentionné les dix entreprises pharmaceutiques des États-Unis dont le volume de vente avait été le plus considérable en 1959. Il s'agit des sociétés *Lilly, Upjohn, Smith Kline & French, Cyanamid, Parke-Davis, Wyeth, Merck, Squibb, Abbott* et *Pfizer*[1]. Ces sociétés ont toutes des succursales ou des filiales au Canada. Si l'on y ajoute l'entreprise canadienne *Frosst* ainsi qu'*Horner* et *Ayerst,* lesquelles, bien que canadiennes à l'origine, sont maintenant aussi des filiales de fabriques américaines, on obtient la liste des treize principales sociétés de l'industrie des produits pharmaceutiques contrôlés au Canada. (Nous avons omis les *Connaught Medical Research Laboratories* qui, tout en concurrençant les maisons commerciales dans certains secteurs, sont une entreprise sans but lucratif.) Le chiffre de ventes de ces sociétés dépasse, pour chacune, quatre millions de dollars par an. Ce sont les seuls fabricants de médicaments contrôlés dont les ventes atteignent pareille ampleur.

L'enquête Clarkson pour l'année 1960 a porté sur 40 entreprises de produits pharmaceutiques destinés à l'homme dont le chiffre de ventes a atteint 108 millions de dollars, soit le gros de toutes les ventes de produits pharmaceutiques contrôlés au Canada. Si l'on en croit le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, quatre seulement de ces quarante entreprises semblaient se trouver sous le contrôle administratif et financier des Canadiens. Le reste se composait de succursales ou de filiales de 28 sociétés américaines et de 8 sociétés européennes[2].

L'une des conséquences de la main-mise étrangère sur l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques, qui permet, en outre, de constater à quel point s'exerce cette domination, c'est l'ampleur selon laquelle les entreprises étrangères détiennent des brevets de médicaments. En réponse à une question posée à la Chambre des communes, le Bureau des brevets a établi les données relatives aux brevets accordés et aux licences obligatoires émises à l'égard de 14 produits pharmaceutiques importants. Les Réponses du Bureau figurent au Hansard du 10 février 1960[3]. Les quatorze produits en cause étaient les suivants: nystatine, tyrothricine, néomycine, dihydrostreptomycine, streptomycine, tétracycline, oxytétracycline, méprobamate, chlorpromazine, chlorothiazinde, chlorotétracycline, érythromycine, chloramphénicol et pénicilline. Le nombre des brevets accordés à l'égard de ces 14 produits était de 395; neuf seulement, soit moins de 2.3 p. 100, étaient détenus par des entreprises vraiment canadiennes, soit seulement trois sociétés. En outre, il n'y avait que deux autres entreprises qui détenaient des licences en vertu de brevets. Il s'agissait de trois produits pharmaceutiques dont le brevets appartenait à des Américains[4].

---

[1] Livre vert, p. 286.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

[3] Voir p. 979.

[4] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

La domination exercée par des sociétés étrangères sur l'industrie canadienne entraîne un certain nombre de conséquences. Il résulte, entre autres choses, que le marché canadien tend à être alimenté par les filiales ou les succursales d'entreprises étrangères en matières premières que celles-ci obtiennent des sociétés mères ou apparentées. Comme le signale le Livre vert, le fait que les succursales ou les filiales canadiennes dépendent à ce point de sources étrangères exige une évaluation minutieuse des coûts qu'elles indiquent[1]. Toute société mère qui exploite une filiale exclusive essaiera ordinairement de gérer les affaires de celle-ci de pair avec les siennes afin de réaliser le maximum de bénéfices. Une seule société s'occupera peut-être de certaines affaires de tout le groupe pour améliorer le rendement général. A cause des avantages fiscaux ou douaniers dont il doit tenir compte, le fournisseur peut juger bon d'exiger une forte majoration dans certains cas alors que, dans d'autres, l'organisme international jugera avantageux de faire vendre les produits aux entreprises apparentées par le fournisseur au prix coûtant et de leur laisser la plus grande partie du bénéfice. Il est donc possible, dans l'industrie pharmaceutique, de considérer le prix demandé par la société mère à une filiale comme un «prix convenu», en ce sens qu'il diffèrera peut-être de celui que paiera une société indépendante[2]. Le coût réel risque d'être encore moins facile à discerner quand la société filiale ou apparentée canadienne achète un produit non fini et qu'aucun marché extérieur ne permet de contrôler le prix qu'on lui demande.

PRODUCTION CANADIENNE ET IMPORTATIONS

D'après le rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, l'importation des produits pharmaceutiques en 1960 représentait 17.5 p. 100 des disponibilités intérieures («disparition»). Il s'agit là d'une diminution par rapport aux 20.2 p. 100 de 1955. Les chiffres des importations comprennent non seulement certains produits pharmaceutiques tout préparés, mais aussi les matières chimiques d'intérêt médicinal et des médicaments semi-ouvrés. Le secteur du marché qui revient aux importations ne reflète pas la concurrence des importations qui est, en réalité, plus faible que ne l'indiquent les données[3].

Les données statistiques sont, pour plusieurs raisons, insuffisantes quand il s'agit d'établir l'ampleur exacte avec laquelle le marché canadien recourt aux médicaments contrôlés fabriqués dans le pays même. Il y aurait d'abord lieu d'établir, à cette fin, le chiffre des importations de façon différente pour pouvoir le soumettre à l'analyse qui s'impose. En second lieu, il

[1] Livre vert, p. 286.

[2] *Ibid.*

[3] Il est peut-être intéressant de relever que les exportations ne représentaient, en 1960, que 3.6 p. 100 des expéditions, soit une diminution par rapport aux 4.2 p. 100 de 1955. Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 44 de l'anglais.

faudrait concevoir une définition acceptable du terme «fabriqué» pour les produits pharmaceutiques, puis établir les données voulues en conséquence. Il nous faudra en savoir davantage dans ce domaine avant de trancher, comme il convient, certaines questions de principe, et nous recommandons d'approfondir le sujet[1].

Dans l'exposé qu'elle nous a présenté, l'Association des pharmaciens du Canada à établi les différents temps de la fabrication des médicaments contrôlés que produit l'industrie. Il y a, d'abord, l'extraction ou la synthèse du produit chimique médicinal. Vient ensuite la purification de la matière première, en vrac. Puis, il y a la confection du produit sous sa forme de présentation qui peut se composer d'un ou de plusieurs principes actifs. Enfin, il faut procéder à l'emballage et à l'étiquetage, bien que l'Association ne les considère pas comme faisant vraiment partie de la fabrication[2]. D'après l'enquête Clarkson, menée en 1960 sous les auspices de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques qui comptent parmi les plus importantes du pays, 81.5 p. 100 du volume global des produits vendus seraient fabriqués et emballés au Canada, alors que 11.8 p. 100 étaient produits ailleurs mais emballés ici, et 6.7 p. 100 fabriqués et emballés dans d'autres pays[3]. Cette analyse ne fait aucune distinction entre les deux définitions, soit celle qui inclut la confection de la forme de présentation et celle qui ne comprend dans la fabrication que les étapes précédentes énumérées plus haut.

Les fabricants de produits chimiques médicinaux s'occupent surtout de produire les principes actifs qui composent les préparations pharmaceutiques. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada a reconnu qu'il lui fallait importer la plupart de ces principes actifs, c'est-à-dire les matières premières que les fabricants de médicaments contrôlés conditionnent au Canada. Elle admet aussi que, dans certains cas, les malades pourraient absorber directement les principes actifs, mais ils doivent être complétés, fabriqués et confectionnés sous la forme de présentation[4].

L'équipement nécessaire à la fabrication des produits chimiques médicinaux est coûteux. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada signale qu'il faut une production considérable pour en rendre l'installation économique, alors que, dans la plupart des cas, l'importance du marché canadien ne motiverait pas, à elle seule, les mises de fonds nécessaires. Les entreprises internationales ont, jusqu'ici, préféré fournir ici des produits médicinaux en provenance des États-Unis, du Royaume-Uni, etc., qui leur assurent des débouchés plus considérables que le Canada[5]. A l'heure actuelle, il ne se fabrique, d'après le professeur J. L. Summers, de l'Université de Saskatchewan, qu'un seul antibiotique au Canada[6]. Merck, qui fabriquait autrefois ici des produits chimiques, a fermé ses portes pour des raisons,

---

[1] Voir chapitre 2, recommandation 81.
[2] *Transcription, op. cit.*, 25 mai 1962, vol. 60.
[3] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, *op. cit.*
[4] *Transcription, op. cit.*, 18 mai 1962, vol. 56.
[5] *Ibid.*
[6] *Ibid.*, 25 mai 1962, vol. 60.

dit-on, d'ordre économique. La production de la pénicilline par le procédé de fermentation a été également abandonnée à la fin de la seconde Grande Guerre, au Canada[1].

PUBLICITÉ ET STIMULATION

Les médicaments contrôlés constituent une catégorie unique en ce sens que l'on peut les désigner de trois façons différentes: d'abord, par leur nom chimique; ensuite par leur nom «propre»; enfin, par leur marque de commerce. Ces termes sont définis au chapitre 9.

Dans la pratique, on n'utilise pas souvent le nom chimique ni le nom propre dans les ordonnances. On estime que, en 1960, 35 à 50 p. 100 de tous les médicaments prescrits au Canada se vendaient sur le marché canadien sous leur nom propre. La proportion a peut-être atteint 62 p. 100 en 1962. Toutefois, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce en est arrivée à la conclusion que seulement 18 à 20 p. 100 des médicaments prescrits peuvent être obtenus assez facilement sous leur nom propre[2]. Au Canada, très peu de sociétés de produits pharmaceutiques vendent des médicaments sous leur nom générique. On nous a signalé que les principales étaient l'*Empire Laboratories Limited de Toronto*, la société *Jules R. Gilbert Limited de Toronto,* et la société *Starkman Chemists Limited de Toronto*[3]. L'*Alberta Pharmaceutical Association* a mené, dans sept villes de l'Alberta, une enquête auprès de 40 pharmacies représentatives afin de déterminer dans quelle proportion la marque de fabrique avait figuré dans 3,491 ordonnances. Dans 3,119 cas, soit une proportion de 89.3 p. 100, les médicaments prescrits étaient désignés par leur marque de fabrique; dans 243 ordonnances, soit dans 6.7 p. 100 des cas, le nom générique était utilisé et dans 129, soit 4 p. 100 du total, les médicaments étaient composés dans la pharmacie même, et il se peut que certains de ces médicaments aient été prescrits sous leur nom générique[4]. Au cours des audiences que nous avons tenues en février 1962, l'*Alberta Pharmaceutical Association* a signalé que, en Alberta, les médecins employaient encore la marque de fabrique 15 fois plus souvent que le nom générique dans leurs ordonnances[5]. Les *Prescription Services Inc.* et la *Drug Merchandising* ont effectué des enquêtes sur ce sujet et en sont venues aux mêmes conclusions[6].

Dans son rapport, le comité spécial institué par le gouvernement de l'Ontario en arrive à la conclusion suivante: «Dans certains cas, le nom

[1] Association des pharmaciens du Canada, *op. cit.*

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 436 de l'anglais.

[3] Gouvernement de la province de l'Alberta, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Edmonton, février 1962.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 423 de l'anglais.

[5] *Transcription, op. cit.*, 13 février 1962, vol. 23.

[6] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 431 de l'anglais.

générique est plus long et plus encombrant que le nom commercial et, dans leurs ordonnances, les médecins préfèrent utiliser ce dernier même si, dans les facultés de médecine et de pharmacie, on a tendance à recommander l'emploi du nom générique . . . Il existe parfois un écart considérable entre le prix des médicaments vendus sous leur nom générique et celui des mêmes produits vendus sous leur nom commercial[1].»

Puis, le comité poursuit en ces termes: «tous les médicaments ne peuvent pas être vendus sous leur nom générique vu que les composés pharmaceutiques comprennent plusieurs médicaments et qu'ils n'ont pas d'habitude de nom générique. Cela restreint le nombre de fabricants qui vendent ces produits et, partant, la concurrence»[2].

Toutes choses étant égales, l'utilisation plus généralisée du nom propre ou générique des médicaments dans les ordonnances comporterait certains avantages. Cela permettrait aux médecins d'employer plusieurs marques de fabrique[3] dans leurs ordonnances, ce qui rendrait au moins possible la concurrence des prix. Pourvu que toutes les précautions voulues soient prises quant à la pureté et à l'efficacité des médicaments, l'emploi accru du nom propre pourrait réduire sensiblement le nombre de produits pharmaceutiques que le pharmacien au détail doit tenir en stock, ce qui entraînerait une diminution des frais d'exploitation du détaillant et, en conséquence, du prix des médicaments. Il a été prouvé que, pour certains produits, la marque de fabrique est plus simple et donc plus facile à retenir. Par contre, le médecin ne serait pas obligé d'apprendre les diverses marques de fabrique, mais seulement les noms qui sont moins nombreux. Il est établi que l'épellation ou la prononciation semblable de certaines marques de fabrique peuvent créer de la confusion et qu'il est moins utile aux médecins d'utiliser la marque de fabrique, plutôt qu'un nom plus descriptif, pour désigner certains médicaments rares, parce que la marque de fabrique ne fournit pas de précisions sur les éléments qui composent ces produits pharmaceutiques. Pourvu qu'il soit minutieusement choisi, le nom propre des médicaments indique clairement les relations qui existent entre les produits pharmaceutiques. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce cite les exemples suivants de médicaments apparentés dont les noms génériques ont été bien choisis: tétracycline, chlorhydrate d'oxytétracycline, chlortétracycline, et diméthylochlortétracycline[4].

Au Canada, un certain nombre de difficultés s'opposent à l'emploi accru des noms propres dans les ordonnances. La principale semble être l'incertitude au sujet de la pureté ou de l'efficacité des médicaments qui ne portent qu'un nom générique. A l'heure actuelle, dans le cas d'une ordon-

---

[1] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

[2] *Ibid.*

[3] La marque ne signifie pas par elle-même, pureté, activité, etc.; elle doit être suivie d'une mention qui en fait foi: Pharmacopée britannique, Pharmacopée américaine, *British Pharmacopoeia Commission,* Formulaire national, etc. La marque ne reflète que la réputation du fabricant.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 446 de l'anglais.

nance qui donne le nom générique, le pharmacien est libre d'utiliser une marque de fabrique s'il n'est pas précisé dans l'ordonnance qu'il doit utiliser le produit d'un fabricant de médicaments «génériques». D'après une enquête effectuée par la *Drug Merchandising* et dont les résultats ont été publiés en juillet 1962, dans 62 p. 100 des cas, les pharmaciens utilisent des médicaments à marque de fabrique lorsque l'ordonnance mentionne un médicament «générique»[1]. Cela explique en partie les faibles résultats qu'a obtenus une loi proclamée par la province de l'Alberta le 5 avril 1962 permettant aux pharmaciens de remplacer, dans une ordonnance, une marque de fabrique par un nom générique, à moins que le médecin ne défende expressément de le faire. Il est vrai que peu de temps s'était écoulé entre l'adoption de la loi et le moment où les témoins se sont présentés devant nous à ce sujet, mais l'Association des pharmaciens du Canada a exprimé l'opinion que 95 p. 100 des médecins de l'Alberta n'avaient en rien changé leur façon de rédiger les ordonnances[2]. C'est également l'opinion de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques qui a déclaré que la loi n'avait pas modifié sensiblement les habitudes des médecins ni celles des pharmaciens[3].

Nous avons déjà signalé que l'emploi généralisé du nom commercial ou de la marque de fabrique des médicaments contribue pour une part importante à modifier la concurrence qui s'exerce entre les diverses sociétés de produits pharmaceutiques. Dans ce domaine, la différenciation des produits a beaucoup plus d'importance qu'elle n'en a dans le cas des produits que le consommateur peut choisir lui-même. Dans d'autres cas, le prix peut devenir, pour une société, un moyen efficace de rivaliser avec un autre produit semblable très annoncé. Généralement, il n'en est pas ainsi dans l'industrie pharmaceutique. Au lieu d'utiliser un même nom commercial ou une même marque de fabrique pour l'ensemble de ses produits—c'est ce que fait, par exemple, un fabricant de soupes—une société de produits pharmaceutiques utilise habituellement un nom commercial différent pour chacun de ses médicaments. Seule l'industrie pharmaceutique a recours à cette pratique de vente qui a pour but principal de faire disparaître le nom «chimique» ou le nom propre des médicaments[4]. Si cette méthode est employée avec succès et si les médecins utilisent généralement le nom commercial des médicaments dans la rédaction de leurs ordonnances, les produits rivaux n'ont guère de chance de percer, au moyen de prix réduit. Le seul moyen, c'est de lancer, auprès des médecins, une campagne de stimulation afin de faire connaître le nom commercial d'un autre médicament.

Le rapport de la Commission Clarkson, qui a fait une enquête en 1960 auprès de 40 compagnies, fournit une ventilation des frais de vente affectés à la stimulation et à la représentation, d'une part, et des frais directs de vente des médicaments, d'autre part. L'enquête a porté sur l'ensemble

---

[1] *Ibid.*, p. 432 de l'anglais.

[2] *Transcription, op. cit.*, 25 mai 1962, vol. 60.

[3] *Ibid.*, 18 mai 1962, vol. 56.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 489 de l'anglais.

des ventes de médicaments destinés à l'homme (108 millions de dollars). Elle n'inclut donc pas les médicaments destinés aux animaux ni les spécialités médicales. Voici la ventilation obtenue:

	en milliers de dollars
Frais de stimulation et de représentation	
Expositions médicales	206
Publications médicales et pharmaceutiques	2,030
Envois par la poste	3,048
Échantillons	3,953
	9,237
Salaires des représentants	6,640
Frais de déplacement et autres dépenses des représentants	3,099
	9,739
Total des frais de stimulation et de représentation	19,000
Frais directs de vente	
Dons	192
Vendeurs	3,735
Dépenses des vendeurs	1,743
Autres frais de vente afférents aux listes de prix à la publicité auprès des institutions, aux étalages dans les pharmacies, etc.	6,881
Total des frais directs de vente	13,000

L'ensemble des frais de stimulation et de représentation et les frais directs de vente de 40 compagnies se sont donc élevés à 32 millions de dollars, soit environ 30 p. 100 du total des ventes[1].

La profession médicale s'est prononcée bien clairement sur la valeur restreinte des efforts que déploie l'industrie pharmaceutique dans le domaine de la stimulation. Par exemple, le rapport du comité de la pharmacie de l'Association médicale canadienne, lors de la réunion annuelle de l'Association, en juin 1960, étudie l'utilité des envois par la poste, des distributeurs de produits pharmaceutiques comme source de renseignements sûrs au sujet de l'efficacité des médicaments.

142. L'Association devrait se préoccuper de la situation générale en ce qui a trait aux produits pharmaceutiques. Chaque année, plus de 100 médicaments nouveaux font leur entrée sur le marché et de nouvelles associations de médicaments sont mises en vente à un tel rythme que cela

[1] Réponses fournies à des questions précises par l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada à la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

engendre de la confusion. Certains des nouveaux composés représentent de réels progrès dans le domaine de la thérapeutique tandis que d'autres apportent fort peu de nouveau aux anciens produits qu'ils supplantent pourtant très rapidement. A ce rythme, on n'a pas le temps d'évaluer consciencieusement les mérites de chaque nouveau produit ou bien les résultats de telles études ne peuvent être publiés avant qu'une bonne partie des membres de la profession aient reçu des textes publicitaires à l'égard de ces médicaments. Pourtant, si la plupart de ces nouveaux produits se vendent, cela est directement attribuable aux médecins qui les prescrivent. Selon le comité, le problème présente deux aspects. Tout d'abord, chaque médecin devrait étudier attentivement les données relatives aux nouveaux médicaments ainsi que les avantages ou les désavantages réels qui en découleront vraisemblablement pour le malade. En second lieu, on devrait prévoir de meilleures installations pour procéder aux essais cliniques de ces médicaments dont les résultats devraient être publiés par des institutions compétentes; celles-ci pourraient peut-être jouir de l'aide d'une caisse à laquelle les fabricants de produits pharmaceutiques consentiraient à contribuer.

143. Le coût des médicaments a fait l'objet de nombreuses discussions ces derniers mois. Il n'y a pas de doute que les maisons de produits pharmaceutiques nous ont aidés considérablement, au cours des dernières années, à soulager les maux de l'humanité. Dans l'ensemble, cela représente pour la collectivité un apport presque inestimable, et sur le plan économique et sur le plan humain. Certains faits portent à croire que le rendement que ces maisons tirent de leurs investissements primitifs est excessif. Le comité ne possède pas suffisamment de données pour se prononcer là-dessus, mais l'Association devrait, de toute évidence, s'intéresser grandement à la question. Bon nombre des moyens publicitaires auxquels les maisons de produits pharmaceutiques ont recours sont inutiles et n'ont aucun caractère professionnel. Cela s'applique surtout aux imprimés que ces maisons envoient aux médecins par la poste. Cette pratique en est rendue au point qu'elle ne constitue rien d'autre qu'un ennui pour les médecins, et le comité recommanderait que des instances soient faites auprès de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques pour que cesse cette pratique et pour que les malades bénéficient des économies ainsi réalisées[1].

Dans une lettre qu'il adressait à l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada et dans laquelle il lui signalait le «fléau» des imprimés publicitaires d'ordre pharmaceutique, le docteur A. D. Kelly, secrétaire général de l'Association médicale canadienne, déclarait ceci:

> Ce qui doit retenir l'attention de l'Association, c'est l'apparente inutilité et le coût élevé des imprimés publicitaires envoyés par la poste. A mon avis, dans les rapports qu'ils entretiennent avec nos amis de l'industrie pharmaceutique, rien n'irrite plus les médecins que de recevoir chaque jour par la poste une quantité impressionnante de feuillets publicitaires. Nous avons remarqué dernièrement que certains membres de votre Association envoient de gros colis par la poste. Je puis vous assurer que cette pratique n'est guère prisée.

---

[1] Association médicale canadienne, «Rapport du comité de la pharmacie», délibérations de la 93e réunion annuelle, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 83, 3 septembre 1960.

Voici un résumé, assez exact à mon sens, de l'attitude de la plupart des médecins qui sont inondés de textes publicitaires qu'ils reçoivent par la poste:

a) Le courrier est tellement volumineux que seuls les médecins consciencieux prennent la peine d'ouvrir chaque envoi avant de le jeter au panier.

b) La plupart des envois sont de magnifiques exemples de l'art de l'imprimerie et de la lithographie; on a l'impression qu'ils coûtent très cher et ne servent à rien.

c) Les imprimés publicitaires semblent tellement coûteux que les médecins ont le sentiment qu'ils augmentent directement le coût des médicaments prescrits aux malades.

d) Pour de nombreux médecins, cette publicité crée une image défavorable de la maison qui y a recours.

Il doit être possible de trouver des arguments pour réfuter chacune des impressions que je viens d'énumérer, mais j'insisterais pour que vous ne tentiez pas de le faire. En résumé, l'opinion de la profession est des plus hostiles aux envois actuels par la poste. A mon avis, l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada devrait reconnaître ce fait et prendre les mesures nécessaires auprès des sociétés qui en sont membres pour restreindre ou éliminer cette pratique.

Il est encourageant de remarquer que certaines compagnies ont abandonné de leur propre chef ce moyen de publicité et je crois qu'on leur en saura gré.

Je comprends qu'il soit difficile pour une association comme la vôtre d'influer sur les décisions de ses membres qui sont autonomes et se concurrencent. Il vaudrait quand même la peine de faire un effort pour rectifier la situation. A mon avis, si votre association y parvenait, elle contribuerait grandement à rehausser le prestige des fabricants canadiens de produits pharmaceutiques aux yeux de mes collègues. L'Association médicale canadienne est prête à seconder vos efforts et à tenir la profession au courant des progrès que vous pourrez réaliser[1].

Le comité spécial du gouvernement de l'Ontario a reçu des témoignages selon lesquels les frais de publicité et de stimulation représentent en moyenne 29.2 p. 100 des dépenses totales. Un fabricant a même exprimé l'avis que la proportion atteignait 35 p. 100[2]. Le Comité a fait l'observation suivante:

Ces méthodes de stimulation sont manifestement coûteuses, mais les fabricants les considèrent essentielles. Ils diminueraient volontiers ces dépenses si l'on trouvait un moyen plus économique d'effectuer des ventes.

Certains représentants de la profession médicale estiment que les médecins jettent, sans en prendre connaissance, une bonne partie des imprimés qu'ils reçoivent par la poste. La plupart d'entre eux reconnaissent, toutefois, qu'ils conservent les échantillons pour les malades indigents. Dans l'ensemble, les médecins ont déclaré que les fabricants pourraient améliorer les moyens qu'ils prennent pour les renseigner sur les médicaments[3].

---

[1] *Ibid.*

[2] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

[3] *Ibid.*

Le comité consultatif des soins médicaux du gouvernement de la Saskatchewan en est venu à la conclusion suivante:

> A notre avis, une bonne part des efforts consacrés à la publicité et à la stimulation sont inutiles et excessifs. A moins que les fabricants de produits pharmaceutiques ne mettent sur pied, sous les auspices de leur propre association, un programme visant à réduire volontairement les dépenses considérables, excessives et inutiles qu'ils consacrent à la stimulation, nous croyons sincèrement qu'il sera nécessaire de restreindre ces dépenses par l'établissement d'un montant proportionnel que les fabricants pourront affecter à la publicité et à la stimulation et qui serait considéré, aux fins de l'impôt sur le revenu, comme des dépenses d'exploitation raisonnables. Une telle disposition peut sembler arbitraire, mais elle pourrait constituer une solution pratique et efficace[1].

Même parmi les représentants de l'industrie pharmaceutique, certains ont admis que les sommes consacrées à la publicité et à la stimulation sont excessives. Voici le témoignage du président de la *Nordic Biochemicals Limited* devant la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce:

> M. LE PRÉSIDENT: Monsieur Antoft, votre mémoire comporte un certain nombre d'observations à propos de la publicité et de la réclame qui semblent dénoter votre désapprobation de l'étendue de cet état de choses. Voulez-vous dire—c'est le point auquel je vous demande de répondre—que vous estimez que les choses sont allées trop loin, que les fabricants se sont engagés dans une course précipitée à qui aura toujours plus, toujours davantage de représentants, à qui augmentera toujours le degré d'ingéniosité de la publicité? Est-ce que j'exagère votre pensée?
>
> M. ANTOFT: Non, monsieur le président, et c'est un état de fait que je déplore. Je crois que nous nous sommes engagés dans une course précipitée. J'espère qu'un jour viendra, pas trop éloigné, où notre industrie se joindra au corps médical, pour trouver une formule qui permettra au fabricant sérieux d'informer le médecin sans entraîner une perte aussi considérable de matériel, de temps et d'argent. Je suis convaincu que c'est un domaine où l'industrie et le corps médical devraient se concerter pour trouver une solution ou un moyen plus rationnel d'aborder le problème[2].

La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a reçu des témoignages selon lesquels, aux États-Unis, des médecins recevraient chaque année par la poste quelque 4,500 textes publicitaires, et l'on prétend que les médecins ne peuvent en lire la plus grande partie, c'est donc du gaspillage. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada a mis ces chiffres en doute, du moins en ce qui concerne notre pays, et elle a déclaré que, au Canada, les médecins ne reçoivent chaque année des maisons de produits pharmaceutiques qu'une moyenne de 1,761

[1] Comité consultatif des soins médicaux, *Rapport présenté au gouvernement de Saskatchewan*, rapport final, septembre 1962, Regina, Imprimeur de la Reine, 1962.

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 223 de l'anglais.

imprimés[1]. Même ce dernier chiffre est tellement élevé qu'il est pratiquement impossible à un médecin de lire attentivement tous ceux qu'il reçoit.

Pour ce qui est des représentants, l'Association a mentionné que, en 1962, 49 des compagnies membres de l'Association ont employé un total de 1,647 représentants et vendeurs. Huit maisons ont eu chacune à leur service entre 62 et 70 représentants. On estime qu'environ 1,500 de l'ensemble consacrent leur temps, en tout ou en partie, à rendre visite aux médecins[2]. (La Commission d'enquête Clarkson a signalé que, en général, les représentants consacrent 36 p. 100 de leur temps à la vente directe, c'est-à-dire à des travaux qui diffèrent du démarchage des médecins et qui comprennent, par exemple, la visite des pharmacies et des hôpitaux et autres fonctions[3].) On estime à 17,900 le nombre de médecins au Canada[4]. Cela signifie donc qu'il y a un représentant pour 12 médecins en exercice. Vu que l'on dépense 19 millions de dollars par année pour la stimulation et la représentation auprès des médecins, cela veut dire qu'on dépense plus de $1,060 par médecin[5].

L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada se défend assez bien en prétendant que les compagnies de produits pharmaceutiques ne dépensent pas d'argent inutilement[6]. Pour appuyer cette thèse, l'Association s'est fondée sur une étude effectuée dernièrement par l'*International Surveys Limited of Montreal* qui précise de quelle façon les médecins apprennent l'existence de nouveaux médicaments[7]. D'après cette étude, les représentants sont de loin la meilleure source d'information à cet égard. Les envois par la poste l'emportent sur les autres sources. L'Association a touché au cœur du problème lorsqu'elle a admis que certaines formes de stimulation étaient inutiles, mais elle prétend qu'une maison ne peut abandonner ces moyens à moins que toutes les autres maisons de produits pharmaceutiques ne les abandonnent également[8]. Dans les circonstances, les efforts de chacune des maisons concurrentes ont tendance à s'annuler mutuellement et l'augmentation de la concurrence a pour seul résultat de majorer les frais d'exploitation.

Ici encore, le témoignage du président de la *Nordic Biochemicals Limited* devant la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce est très à propos:

> Lorsque nous avons fondé la *Nordic Biochemicals Limited* en 1951, nous étions, pensons-nous aujourd'hui, d'un idéalisme bien naïf dans notre façon de concevoir ce que nous aurions à faire. Nous avons cru que tout ce qu'il fallait pour prospérer et prendre de l'expansion dans l'industrie de la fabrication des médicaments au Canada, c'était d'offrir un aussi bon produit que possible à un prix raisonnable, en espérant qu'avant longtemps

---

[1] *Ibid.*, p. 278.

[2] Réponses fournies à des questions précises par l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada à la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

[3] *Ibid.*

[4] *Transcription, op. cit.*, 18 mai 1962, vol. 56.

[5] Voir le chapitre 17.

[6] *Transcription, op. cit.*

[7] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, *op. cit.*

[8] *Transcription, op. cit.*, 25 mai 1962, vol. 60.

> nous produirions à plein rendement. Nous croyions que la publicité pouvait se résumer à des annonces bien simples dans un ou deux des principaux journaux médicaux, pour faire savoir que nos produits étaient sur le marché. Nous n'envisagions pas le recours à la réclame auprès des particuliers par le courrier, ni à une armée de représentants, ni à de vastes programmes de distribution d'échantillons. Pendant que nous nous en tenions à de tels principes, la société périclitait et elle vint à deux doigts de la ruine; mais ce ne fut qu'avec répugnance et que peu à peu que nous avons accepté la dure réalité. Finalement la société commence à prospérer. Nous nous sommes rendu compte que, même si les médecins déploraient la quantité d'annonces qu'ils reçoivent par le courrier, on peut augmenter le volume des ventes de presque n'importe quel produit, pourvu qu'on ait recours à ce moyen avec persistance et de façon massive. L'emploi de représentants constitue une méthode coûteuse pour obtenir des ventes, mais, sans eux, la poussière s'accumule sur le pupitre des commandes. En troisième lieu, le représentant doit en général, pour atteindre les médecins chez eux, les «gagner» en leur offrant des quantités généreuses d'échantillons gratuits. Le fabricant de médicaments qui néglige l'un ou l'autre de ces trois moyens de vente s'expose à voir ses affaires baisser[1].

Enfin, un autre aspect important de cette question, c'est que la stimulation auprès des médecins doit être menée de pair avec une campagne de distribution des médicaments dans les pharmacies. Cela exige une campagne intense de publicité et de stimulation auprès des pharmaciens. Autrement, il arrive qu'un médecin prescrive un médicament spécial et que les pharmacies de l'endroit ne l'aient pas en stock, de sorte que médecin et pharmacien sont tous deux mécontents des services de la maison de produits pharmaceutiques[2].

Nous concluons en disant que les témoignages que nous avons entendus démontrent qu'une bonne partie de la stimulation de l'industrie des produits pharmaceutiques est inutile. Toutefois, cet état de choses persistera vraisemblablement aussi longtemps que les principaux fabricants et distributeurs de médicaments craindront que, en coupant les dépenses inutiles qu'ils consacrent à la stimulation, une partie de leurs ventes ne passe aux mains d'une maison concurrente qui continuera à faire de telles dépenses inutiles. Pour résoudre ce problème, il faudrait donc encourager *tous* les fabricants et distributeurs de produits pharmaceutiques à réduire leurs dépenses de stimulation et de publicité à un niveau plus raisonnable, et nous faisons des recommandations à cette fin au chapitre 2[3].

RECHERCHE ET APPLICATION

Dans certains pays, y compris les États-Unis, les fabricants de produits pharmaceutiques ont fortement contribué aux recherches médicales. Toutefois, vu le nombre plutôt restreint de nouveaux médicaments établis dans les

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 226 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 227.

[3] Voir le chapitre 2, recommandation 64.

années d'après-guerre, on se demande dans quelle mesure leurs recherches ont fait progresser la science médicale. Des chimistes spécialisés ont réussi à produire des composés qui s'apparentent à des médicaments connus et qui sont tout aussi bons. Nous avons constaté qu'une bonne part des efforts faits en matière de recherches par les sociétés de produits pharmaceutiques consiste presque à copier des médicaments existants. De fait, on invente en se fondant sur les brevets d'autrui. Bien souvent, les nouveaux produits ne sont guère mieux que leurs prédécesseurs, et il leur arrive d'être moins avantageux. Sur les 5,727 nouveaux produits pharmaceutiques mis sur le marché national aux États-Unis de 1948 à 1959, 2,795 n'étaient que de simples mélanges d'au moins deux principes actifs, 1,356 se vendaient déjà sous une autre forme, 1,085 étaient des médicaments existants affublés d'une nouvelle marque de fabrique et 491 seulement constituaient de nouvelles entités chimiques[1].

Quoi qu'il en soit, il nous importe peu de savoir dans quelle mesure les maisons commerciales contribuent, par leurs recherches, au perfectionnement de la médecine car, c'est bien clair, ce ne sont pas elles qui, au Canada, contribuent le plus à cet égard. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a présenté un rapport sur une enquête effectuée par l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada concernant les recherches effectuées par 22 compagnies canadiennes en 1958 et en 1959. Sans tenir compte de l'argent que les sociétés mères ont déclaré avoir dépensé à l'étranger pour le compte de leurs filiales canadiennes, les 22 compagnies intéressées ont affecté aux recherches, au Canada, 2.2 millions de dollars en 1958 et 2.5 millions en 1959[2]. L'Association a fait une nouvelle enquête, pour 1960, concernant les 37 compagnies qui fabriquent le gros des médicaments contrôlés vendus au pays. L'étude a montré que ces sociétés ont dépensé en tout, pour les travaux de recherches au Canada, 3.3 millions de dollars, soit 2.8 p. 100 du montant global de leurs ventes. Encore une fois, on a prétexté que des fonds avaient été utilisés pour des recherches à l'étranger.

Le comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario en est arrivé à un chiffre un peu plus élevé, ce qui ne l'a pas empêché de formuler la conclusion suivante: «A notre avis, on a quelque peu exagéré le rapport qui existe entre le prix des médicaments et les frais de recherches. Ce ne sont pas toutes les compagnies qui entreprennent des travaux de recherches. Dans l'ensemble, seules deux ou trois grands fabricants, des institutions comme la maison *Connaught,* et les universités s'y adonnent au Canada. Il est donc difficile d'établir un pourcentage mais, d'après un rapport établi par M. A. J. Little (appendice D, tableau 3), il s'établirait dans l'ensemble à seulement 3.8 p. 100[3].»

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 185 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 74.

[3] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

Il existe d'autres mesures de la contribution des fabricants aux recheches effectuées au Canada. On pourrait signaler entre autres la contribution des organismes qui financent les recherches médicales, notamment le gouvernement fédéral par l'intermédiaire du Conseil national des recherches, du Conseil de recherches pour la défense, du ministère des Affaires des anciens combattants, et du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; certains gouvernements provinciaux, des organismes privés de santé, des fondations privées de recherches, des entreprises commerciales, des universités, des hôpitaux et des sources étrangères[1]. Les chiffres ci-après donnent une idée de l'importance relative de l'apport des sources précitées pour l'année 1955-1956: gouvernement fédéral, $4,455,000, soit 48 p. 100 de l'ensemble; gouvernements provinciaux, $345,000, soit 4 p. 100; organismes privés, $845,000, soit 9 p. 100; entreprises commerciales, $1,600,000, soit 17 p. 100; universités (fonds locaux), $1,350,000, soit 15 p. 100; et sources étrangères, $595,000, soit 6 p. 100 de l'ensemble[2].

Nombre d'observateurs avertis ont dit ce qu'ils pensaient de l'apport des fabricants canadiens de médicaments contrôlés aux travaux de recherche et d'application. Dans le mémoire qu'elle a présenté, la faculté de pharmacie de l'Université de Toronto s'est dite déçue de l'appui que l'industrie pharmaceutique a accordé à son programme de recherches. Seulement une compagnie a octroyé des subventions d'études ou de recherches pharmaceutiques à l'Université de Toronto[3]. Cette maison a établi une bourse de $1,500 qui devait être accordée chaque année, pendant cinq ans, à compter de 1958. Le comité chargé d'encourager les recherches créatrices en pharmacie et dans les domaines connexes, qui représente 27 fabricants de médicaments canadiens, a formulé des recommandations en vue de remédier à la situation, mais il nous a carrément déclaré que «très peu de recherches pharmaceutiques se font au Canada»[4]. Au dire du Dr L. B. Pett, directeur de l'organisation de la recherche au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, les entreprises pharmaceutiques ne sont responsables que d'une part infime des recherches effectuées au pays. D'après lui, les principaux centres de recherches sont, par ordre d'importance, les facultés de médecine; les hôpitaux d'enseignement et quelques instituts spéciaux de recherches comme le *Banting and Best Medical Research Institute* et le *Charles H. Best Institute,* de Toronto[5]. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a tiré les conclusions suivantes:

> 1. Ce sont, dans une proportion écrasante, des gens demeurant à l'étranger qui s'assurent les brevets sur les médicaments au Canada. Les grandes sociétés qui poursuivent des recherches en matière de médicaments sur notre continent sont surtout américaines . . .

---

[1] Livre vert, p. 145.

[2] *Ibid.*, p. 149.

[3] L'Université de Toronto effectue également des travaux de recherche pour les *Connaught Medical Research Laboratories.*

[4] *Transcription, op. cit.*, 2 juin 1962, vol. 66.

[5] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 72 de l'anglais.

2. Dans la mesure où l'on peut prévoir l'avenir, il semble peu probable que les filiales canadiennes de compagnies mères américaines établissent des centres de recherches importants au Canada... Il est vrai que depuis un certain nombre d'années les filiales des sociétés américaines ont consacré des sommes plus élevées à la recherche, mais cela est dû en grande partie aux règlements récemment édictés par le Directorat des aliments et drogues qui exige de plus en plus que les nouveaux médicaments soient éprouvés en clinique au Canada avant de les approuver.
3. L'apport principal de la recherche canadienne dans le domaine des produits pharmaceutiques est preque tout entier le fruit des efforts d'organismes non commerciaux tels que les laboratoires *Connaught*[1].

En l'occurrence, il nous semble bien évident que les fabricants de médicaments ont fait très peu de recherches au Canada. Si ce fait n'est pas amplement prouvé, il nous semble que tout doute est dissipé par des déclarations que nombre de compagnies ont faites elles-mêmes au directeur des enquêtes et des recherches, (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions). Voici des extraits des renseignements fournis au directeur en mai et en juin 1960:

Ames Company of Canada Ltd.
«... en 1959, la compagnie n'a fait aucune dépense directe pour fins de recherches.[2]»

Cyanamid of Canada Ltd.
«La société n'exécute acun programme de recherches au Canada.»

Dymond Drugs Ltd.
«Notre maison n'effectue pas de recherches.»

Eli Lilly and Company (Canada) Limited
«Nous n'exécutons aucun programme de recherches au Canada, sauf que bien des médecins nous aident à déterminer la valeur des médicaments dans le cadre d'un programme d'essais cliniques.»

G. D. Searle & Co. of Canada Limited
«... actuellement, la société canadienne ne verse aucune subvention; toutefois, il se peut que la compagnie mère fasse certaines dépenses qui ne sont pas imputées à sa filiale[3].»

Parke-Davis & Company, Ltd.
«La compagnie n'a aucun programme de recherches au Canada; elle ne fait aucune dépense directe et n'accorde aucune subvention à cet égard.»

Hoffman-La Roche Limited
«Notre maison fait des affaires dans le monde entier; ses recherches fondamentales en chimie organique et en pharmacie sont effectuées en Suisse, aux États-Unis et en Angleterre[4].»

Poulenc Limitée
«Nous n'avons aucun programme de recherches proprement dites au Canada, si l'on entend à ce propos des recherches ayant pour but de découvrir de nouveaux médicaments.»

Ciba Company Limited
«La société contribue aux travaux de recherches de la compagnie mère. Son apport se fonde sur le chiffre des ventes.»

---

[1] *Ibid.*, pp. 519-520.
[2] Livre vert, p. 153.
[3] *Ibid.*, p. 154.
[4] *Ibid.*, p. 160.

Abbott Laboratories Limited

«Toutes les recherches sont effectuées par la compagnie mère, aux États-Unis[1].»

Pfizer Canada

«Notre maison elle-même n'a pas fait de recherches.»

Burroughs Wellcome & Co. (Canada) Ltd.

«Nous n'avons réalisé aucun programme de recherches au Canada[2].»

Winthrop Laboratories of Canada Ltd.

«... aucune recherche fondamentale n'est effectuée au Canada[3].»

Les citations qui précèdent ne sont données qu'à titre d'indication de ce qui semble être la situation générale des recherches faites au pays par les fabricants de médicaments. Certaines sociétés ont mis sur pied des programmes d'essais cliniques dont il n'a pas été question. En outre, quelques compagnies exécutent des programmes de recherches de plus grande envergure[4].

Dans son rapport, le comité spécial de l'Assemblée législative d'Ontario a fait l'observation suivante: «Les entreprises qui ont mis sur pied des programmes de recherches soutiennent que, sans les recherches, elles ne sauraient soutenir la concurrence, mais que cela leur coûte manifestement très cher. Les recherches comportent un élément de risque puisqu'elles ne sont pas toutes fructueuses et que, souvent, les concurrents peuvent produire un meilleur médicament. Cependant, le prix du nouveau produit se ressent tout naturellement des frais de recherches[5].»

Nous reconnaissons que la médecine ne saurait progresser sans recherches et que les sociétés pharmaceutiques peuvent faire beaucoup dans ce domaine. Cela vaut tout particulièrement pour des pays comme les États-Unis et le Royaume-Uni où l'entreprise privée affecte de fortes sommes aux travaux de recherches. Cependant, il n'en va pas ainsi au Canada, où les compagnies dépensent relativement peu pour les recherches pharmaceutiques et où, jusqu'à maintenant, on a fait peu de découvertes importantes. En l'occurrence, nous en venons à la conclusion que l'existence de brevets au Canada contribue à la majoration des prix sans toutefois constituer un encouragement essentiel à la recherche. C'est l'argument que l'on invoque habituellement pour défendre le régime actuel.

La Fédération des agriculteurs du Canada estime que, sur le plan des recherches, le régime actuel de distribution n'est guère justifiable puisque les fabricants canadiens de médicaments contribuent si peu aux recherches effectuées au pays. D'après la Fédération, il serait difficile de payer plus cher pour encourager les intéressés à faire des recherches[6]. Si l'on porte cet argument à sa conclusion logique, on pourrait ajouter que, si le régime des brevets coûte aux Canadiens plus de 3 millions de dollars par la majoration

---

[1] *Ibid.*, p. 161.
[2] *Ibid.*, p. 162.
[3] *Ibid.*, p. 162.
[4] Voir aussi le chapitre 17.
[5] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*
[6] Fédération canadienne des agriculteurs, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 19 mars 1962, appendice C.

du prix des médicaments, c'est un marché de dupes puisque les sociétés pharmaceutiques n'affectent même pas ce montant aux recherches effectuées au pays. Il semblerait donc qu'un pays aussi petit que le Canada, où une part minime des recherches en pharmacie est attribuable aux fabricants de médicaments, a copié un régime qui ne convient qu'à un pays comme les États-Unis où le prix élevé des médicaments s'explique par le fait que l'industrie privée poursuit des recherches considérables. C'est à la lumière de ces faits que nous avons proposé, au chapitre 2, des modifications relatives aux brevets et aux marques de commerce des médicaments[1].

Nous avons constaté que, pour une bonne part, c'est grâce à l'appui du public que les recherches pharmaceutiques ont progressé chez nous. Selon toute probabilité, cette situation se continuera. De fait, nous sommes convaincus qu'il y a lieu d'accroître, au pays, les recherches dans le domaine des sciences pures et des sciences appliquées pour faire profiter les Canadiens de tout avantage qui peut découler de recherches systématiques et poussées en pharmacie.

Compte tenu des ressources dont le Canada dispose, nous devrions concentrer nos efforts dans les domaines où nos scientifiques et nos chercheurs possèdent des aptitudes particulières. A cette fin, il faudrait que nos scientifiques disposent des installations et des fonds nécessaires pour pouvoir faire du bon travail sans se préoccuper de considérations d'ordre commercial.

Pour en arriver là, il faudra établir au Canada un programme de recherches pharmaceutiques coordonné et à long terme, dont le gouvernement central assumera une bonne partie des frais. Le Conseil de recherches sur les sciences de la santé, dont nous avons proposé la constitution, serait l'organisme tout indiqué pour élaborer et coordonner un programme de recherches pharmaceutiques et pour répartir les fonds indispensables[2].

LE MÉDECIN ET LES ORDONNANCES

Les progrès accomplis depuis vingt ans dans la mise au point de nouveaux médicaments, dont nous avons déjà parlé, ont valu de grands avantages aux médecins et à leurs clients. Les premiers ont pu accroître leur productivité et, partant, leurs revenus. Quant aux seconds, ils se sont rétablis plus promptement, ont évité un plus grand nombre de maladies et ont joui de meilleurs soins.

Toutefois, les progrès marqués qu'on a réalisés dans le domaine des médicaments, grâce aux recherches et à l'application des nouvelles connaissances à la science médicale, ont posé de nouveaux problèmes aux médecins. Pressés par les exigences d'une clientèle nombreuse, de plus en plus de médecins ont du mal à se tenir au courant des vertus thérapeutiques du nombre

[1] Voir le chapitre 2, recommandations 66-70.
[2] Voir le chapitre 2, recommandation 80.

croissant de nouveaux médicaments dont bon nombre ne sont vraiment pas nouveaux et ne sont que des associations différentes de constituants qui ont les mêmes propriétés médicinales ou des constituants semblables qui se présentent sur le marché sous une étiquette différente. Au cours des deux dernières décennies, les connaissances pharmacologiques que les médecins ont acquises à l'école de médecine sont vite devenues désuètes.

A défaut d'un formulaire canadien à jour et d'un service compétent de renseignements sur les médicaments courants, les médecins ont dû s'en remettre de plus en plus aux imprimés publicitaires que leur fournissent les fabricants de produits pharmaceutiques et qui, en raison de l'intérêt commercial en jeu, sont bien souvent contradictoires. Bien des médecins s'efforcent de se tenir au courant des progrès de la pharmacologie en lisant des articles objectifs dans des revues professionnelles, en assistant à des réunions médicales et scientifiques, en consultant des spécialistes en pharmacie, etc. L'étendue de tels efforts dépend de l'initiative de chacun, de son sens des responsabilités et du temps qu'il peut consacrer à l'étude et à la poursuite de nouvelles connaissances.

Voici comment le comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario a formulé le problème qui se pose aux médecins, au Canada:

> D'aucuns soutiennent que l'une des principales difficultés auxquelles les médecins doivent faire face, c'est l'absence de renseignements objectifs sur les médicaments, et les médecins qui ont témoigné ont déclaré qu'ils accueilleraient avec plaisir l'établissement d'un service indépendant qui fournirait des renseignements pratiques et objectifs sur les nouveaux médicaments. Certains médecins redoutent que les données émanant des fabricants soient exagérées et préjugées[1].

Nombre de médecins qui font un effort consciencieux pour se tenir au fait des progrès de la médecine et de l'efficacité des nouveaux médicaments mis sur le marché ont beaucoup de peine à se renseigner davantage sur le coût des médicaments lorsque d'autres produits peuvent servir aux mêmes fins thérapeutiques.

La plupart des médecins se rendent compte qu'il peut être beaucoup plus économique pour le client de se voir prescrire un médicament désigné seulement par le nom propre et dont les propriétés thérapeutiques sont identiques ou semblables à celles de médicaments à marque de fabrique. Toutefois, comme ils sont persuadés de l'intégrité de certains fabricants, ils sont souvent portés à prescrire les médicaments de ces maisons plutôt que des médicaments à nom générique, de qualité incertaine, qui pourraient comporter un «risque» à leurs yeux. Lorsqu'il existe deux marques de fabrique aux propriétés identiques, ils prescrivent parfois le produit du fabricant qui leur est le mieux connu, bien que le médicament puisse être plus coûteux.

Nous comprenons la situation des médecins qui, bien souvent, sont surchargés de travail et qui doivent subir la publicité tapageuse des fabri-

[1] Rapport du Comité spécial de la Législature de l'Ontario, *op. cit.*

cants de produits pharmaceutiques ou la verve de leurs représentants. Comment pourraient-ils, sans aide et sans efforts systématiques, connaître tous les progrès de la médecine, les nouveaux médicaments mis sur le marché et l'écart des prix entre les divers médicaments?

Le malade constitue la première préoccupation du médecin. Ce dernier doit rechercher les médicaments qui permettront à son client de se rétablir le plus tôt possible. Ce qui doit surtout compter pour lui, c'est l'efficacité et la qualité des médicaments. La question du prix est secondaire. Cependant, si un régime complet était mis sur pied au Canada, en matière de médicaments, le facteur «coût» prendrait beaucoup plus d'importance que dans le passé. Comme nous l'avons expliqué au chapitre 2, nous préconisons que les frais occasionnés par le régime soient absorbés en partie par le malade, sous la forme d'une contribution, et en partie par l'État. C'est l'intérêt que nous portons au contribuable et au consommateur qui nous pousse à insister sur l'aspect économique de la question et sur la nécessité d'aider les médecins à mieux s'attaquer aux problèmes qui se posent dans le choix du médicament qui sera le plus utile à leurs clients.

D'après une enquête faite aux États-Unis, la profession médicale doit résoudre, entre autres, les difficultés suivantes:

> La carrière d'un nouveau médicament varie, en moyenne, entre deux et cinq ans. La rotation se fait à un rythme que ne peut suivre le médecin ordinaire. La plupart du temps, ses renseignements lui proviennent des fabricants, par la voie de la publicité. Si le pharmacien ne compose plus d'ordonnance, c'est que le médecin ordinaire n'en prescrit plus. Ce dernier a recours à des composés préfabriqués qu'il désigne par leur marque de fabrique plutôt que par leur nom générique... Le médecin doit subir l'assaut d'une publicité vigoureuse et constante qui vise à lui vanter la valeur des nouveaux produits. D'après les témoignages qui ont été recueillis en 1959-1960 par le comité sénatorial chargé de faire enquête sur les coalitions au sein de l'industrie pharmaceutique, cette dernière affecte à la publicité à peu près le quart du produit de la vente de ses médicaments, soit environ $4,000 par année par médecin . . . Quelque 15,000 représentants, savoir un pour dix médecins, exerçant à titre privé, visitent constamment les médecins.
>
> On organise souvent une campagne pour lancer un nouveau produit. On a expédié jusqu'à dix millions d'imprimés publicitaires par la poste pour faire connaître un seul produit nouveau. Au dire du Dr William Bean, de la faculté de médecine de l'Université d'État d'Iowa, «ce qui rapporte le plus, c'est le lancement d'une nouvelle variété de médicaments»... S'appuyant sur le témoignage de cinq autres professeurs de médecine, le Dr Solomon Garb, du Collège médical d'Albany, déclare que: la publicité faite autour des médicaments influe nettement sur les ordonnances des médecins. Selon lui, «c'est un fait sans précédent qui, dans l'ensemble, n'a rien de bon»[1].

Au Royaume-Uni, où l'on a éprouvé des difficultés semblables, le ministre de la Santé a, en 1957, chargé le comité Hinchliffe de déterminer

---

[1] Herman M. Somers et Anne R. Somers, *Doctors, Patients and Health Insurance*, The Brookings Institution, Washington (D.C.), mai 1961, pp. 96-97.

les facteurs qui expliquent le prix élevé des médicaments. Le Comité a formulé un certain nombre de recommandations:

1. Les facultés de médecine devraient élargir la portée de leurs cours sur le prix des médicaments.
2. Il importe d'assurer aux omnipracticiens une instruction post-universitaire en pharmacologie et en thérapeutique.
3. Dans leurs ordonnances, les médecins devraient désigner les médicaments par leur nom générique plutôt que par leur marque de fabrique.
4. On devrait demander aux organismes professionnels compétents de publier un nouveau journal destiné à tenir les médecins au courant des préparations et des médicaments nouveaux et des résultats des essais cliniques[1].

Aux États-Unis, on a proposé nombre de solutions à certains des problèmes précités. Ainsi, on a recommandé que: 1° l'industrie pharmaceutique elle-même, la profession médicale et (ou) les facultés de médecine fassent l'évaluation rigoureuse et systématique des médicaments; 2° les médecins soient renseignés sur l'industrie pharmaceutique et ses produits; 3° l'on insiste sur l'utilisation des formulaires et sur l'emploi des noms génériques dans la rédaction des ordonnances; et 4° l'on affermisse l'autorité présente de la *Federal Drug Administration* et qu'on étende les pouvoirs de cette dernière en y incluant: a) la réglementation unifiée et constante de la publicité et de la stimulation faites à l'égard des médicaments; b) l'évaluation des médicaments en fonction de leur efficacité et de leur sûreté; et c) l'inspection constante, sur les lieux, de la fabrication des médicaments[2].

Pour ce qui est du Canada, nous estimons qu'il importe, dans l'intérêt de la médecine, de laisser aux médecins le soin de déterminer, d'accord avec les spécialistes surtout de la pharmacologie, s'il le faut, quels médicaments il y a lieu de prescrire dans le cas de telle maladie. En outre, il faudra que les médecins fassent l'impossible pour se tenir au courant des progrès rapides de la pharmacie et de leurs implications d'ordre économique. Peut-être faudra-t-il adopter à cette fin les mesures suivantes:

1. Étoffer les cours de pharmacologie donnés aux étudiants en médecine, en y incluant un enseignement sur l'économique des ordonnances, y compris une étude comparée du coût des médicaments de qualité identique et ayant les mêmes propriétés thérapeutiques;
2. Organiser, pour le compte des médecins, de brefs cours de perfectionnement dans le domaine de la pharmacologie;
3. Encourager les écoles de médecine et de pharmacie à collaborer davantage à l'extérieur avec les médecins dans le domaine de l'évaluation des médicaments, de la thérapeutique, etc.

---

[1] *Final Report of the Committee on the Cost of Prescribing*, ministère de la Santé de la Grande-Bretagne, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1959, p. 6 et pp. 41-48.

[2] Herman M. Somers et Anne R. Somers, *op. cit.*, p. 101.

4. Fournir des moyens d'ordre professionnel, dont un formulaire canadien et un service de renseignements périodiques sur les derniers médicaments, qui permettent aux médecins de se tenir au courant de toute nouveauté pharmaceutique;
5. Établir des rouages, comprenant des représentants des professions médicales et phamaceutiques, ainsi que des organismes intéressés à l'administration d'un régime de médicaments, pour réduire les frais des ordonnances en évitant la prescription de doses excessives ou de médicaments coûteux aux personnes qui, de l'avis de la médecine, pourraient obtenir les mêmes résultats en utilisant des médicaments moins chers[1].

[1] Le comité consultatif pour la mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie en est venu à la même conclusion dans son rapport au gouvernement de la Saskatchewan: «Nous croyons devoir signaler aussi que tout régime de partage des frais avec le malade devrait s'assortir d'un ensemble de règles en ce qui a trait à la durée de la pharmacothérapie dans le cas des nouvelles ordonnances et au nombre de fois qu'une ordonnance peut être renouvelée.» (Rapport final présenté au gouvernement de la Saskatchewan par le comité consultatif pour la mise sur pied d'un programme d'assurance-maladie, Regina, Saskatchewan, septembre 1962.) Voir aussi le chapitre 2, recommandation 60.

17

Coût et prix des médicaments

Le présente chapitre porte sur les aspects économiques et institutionnels du coût et du prix des médicaments vendus sur ordonnance au Canada. Nous étudions pour quelles raisons les Canadiens paient leurs médicaments si cher et nous exposons les effets de certaines mesures législatives sur le coût et le prix des médicaments.

Nous analysons pour commencer les divers éléments du coût de production et de distribution des médicaments fabriqués au Canada ou importés.

ÉLÉMENTS DU PRIX ET DU COÛT

La fabrication

L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada nous a fourni une évaluation détaillée des principaux éléments du coût dans l'industrie des produits pharmaceutiques[1] et aussi des données comparatives de ces mêmes éléments pour l'ensemble de l'industrie manufacturière. Les chiffres concernant l'industrie des produits pharmaceutiques proviennent de l'enquête Clarkson menée auprès de 40 sociétés qui représentent le gros de l'industrie des médicaments contrôlés et dont les ventes nettes ont atteint 126 millions de dollars en 1960. Pour les fins de notre analyse, nous n'avons pas soustrait du chiffre total des ventes de ces sociétés leurs ventes de produits pharmaceutiques vétérinaires, de spécialités ou d'autres produits.

Jusqu'ici, notre analyse fait ressortir certaines différences entre les chiffres de ces deux colonnes. Il faut remarquer que le coût des matières premières et sensiblement moins élevés dans l'industrie des produits pharmaceutiques que dans l'ensemble de l'industrie manufacturière, en dépit du fait que les emballages, qui sont importants dans l'industrie des médicaments, sont compris dans cet élément du coût. Dans l'industrie des produits pharmaceutiques, les matières premières coûtent moins cher que dans l'ensemble de l'industrie manufacturière, mais, par contre, les «autres dépenses» sont beaucoup plus élevées, et ce n'est guère étonnant car cette rubrique comprend

[1] L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962. La répartition en pourcentage donnée ici ne s'écarte pas de plus de 1 p. 100 de la répartition en pourcentage figurant dans le rapport du Comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario sur le coût des médicaments, *op. cit.*, p. 44.

des frais de vente non comptabilisés dans les «salaires» ou ailleurs. On aura remarqué que l'amortissement est beaucoup moins considérable dans l'industrie des produits pharmaceutiques; cela tient à ce que l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques, intéressée surtout aux médicaments conditionnés ne se livre guère à la fabrication de produits chimiques médicinaux ou à d'autres travaux qui exigent des installations et du matériel coûteux[1].

Élément du coût	Industrie pharmaceutique pourcentage	Ensemble de l'industrie manufacturière pourcentage
Salaires et gages	24.3	21.5
Compléments sociaux	1.9	1.7
Matières premières (y compris les emballages)	28.7	44.5
Taxe de vente et d'accise	6.2	4.7
Autres dépenses (y compris les frais de vente non déjà comptabilisés)	26.2	15.2
Amortissement	1.7	4.1
Impôt sur le revenu	5.5	3.9
Bénéfices	5.5	4.4
	100	100

Matières premières

Pour le grand fabricant de médicaments contrôlés, le coût des matières premières peut comprendre l'achat aussi bien de produits entièrement conditionnés que de produits chimiques médicinaux qui doivent être plus amplement raffinés ou dont la formule doit être davantage mise au point avant d'être dosés et emballés. Il faut être prudent au sujet de l'importance à accorder au coût des matières premières. Dans certains cas, la «matière première» n'a plus à subir de transformation et elle coûte beaucoup à la compagnie canadienne. Dans d'autres cas, la différence importe moins. On nous a parlé, par exemple, du coût et du prix de l'eau utilisée dans les injections. De toutes les matières premières, l'eau est probablement la moins chère et l'on calcule que l'eau courante contenue dans chaque injection ne coûte que .000004c. Il faut évidemment enlever de l'eau courante toute impureté inorganique et la stériliser pour la débarrasser des bactéries; il faut mettre les ampoules à l'épreuve dans un bain de teinture afin de déceler toute fissure imperceptible, etc. Si le produit fini se vendait 10c., ce qui, dit-on, serait un prix moins qu'avantageux pour la plupart des compagnies, le prix du produit fini serait deux millions et demi de fois celui de la matière première[2].

[1] D'après les renseignements obtenus, chaque société de produits pharmaceutiques ne dépenserait en moyenne que 40 p. 100 des sommes que les entreprises manufacturières affectent en moyenne aux installations et au matériel.

[2] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, réponses à des questions précises posées par la Commission royale d'enquête sur les services de santé, p. 2.

Le prix qu'une société canadienne doit payer une certaine matière première peut être plus ou moins arbitraire. Comme nous l'avons vu, la plupart des grandes sociétés de produits pharmaceutiques du Canada sont affiliées à des sociétés américaines ou européennes qui leur fournissent les matières premières dont elles ont besoin. Dans la plupart des cas, la société canadienne ne traite donc pas avec un fournisseur complètement étranger et, comme nous l'avons déjà indiqué, le prix convenu tient peut-être compte des impôts et des droits de douanes. Cela est probablement d'autant plus vrai quand il s'agit d'un produit semi-ouvré pour lequel il n'existe aucun marché extérieur et, partant, pas de prix courant, ou bien s'il s'agit d'une spécialité que la société mère ne vend à aucun concurrent commercial de la filiale canadienne.

Quelques médicaments peuvent entrer au Canada en franchise, mais la plupart sont soumis à la douane. Les médicaments simples d'une classe ou catégorie fabriquée au Canada sont ordinairement imposables à un taux de 15 ou 20 p. 100 de leur «juste valeur marchande». Les médicaments simples d'une classe ou catégorie non fabriquée au Canada sont exempts des droits d'entrée en vertu du tarif de préférence britannique, mais sont taxables à raison de 15 p. 100 dans le cadre du tarif de la nation la plus favorisée. Les associations et les mélanges de médicaments sont taxables à des taux qui vont de 17.5 à 25 p. 100 de leur «juste valeur marchande». Les importateurs de médicaments versent chaque année environ trois millions de dollars en droits de douane[1]. Il convient de signaler que les dispositions antidumping que l'on peut invoquer si des marchandises sont importées à un prix inférieur à leur juste valeur marchande dans le pays de provenance sont de nature à inciter les sociétés mères américaines, par exemple, à demander à leurs filiales canadiennes un prix au moins aussi élevé que le meilleur prix établi aux États-Unis. Dans nombre de cas, ce prix n'est pas celui d'une vente à un autre fabricant, mais celui de la fourniture du produit à un palier de commerce inférieur.

Coût du contrôle de la qualité

Les sociétés de produits pharmaceutiques attachent beaucoup d'importance à certains éléments de coût qui se trouvent cachés dans l'évaluation détaillée présentée au début du chapitre. L'un de ces éléments est ce qu'on appelle ordinairement le contrôle de la qualité. Il est nécessaire d'en étudier la portée, car les doutes qu'entretiennent des médecins quant à la qualité des médicaments «génériques» semblent constituer l'un des principaux facteurs qui restreignent leur capacité de concurrence sur le marché canadien. Le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) a calculé que 27 sociétés de produits pharmaceutiques du Canada affectent en moyenne 1.21 p. 100 du montant de leurs

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *Rapport sur la fourniture, la distribution et le coût des médicaments au Canada*, janvier 1963.

ventes au contrôle de la qualité. D'après les renseignements reçus de 22 de ces 27 sociétés, le directeur a conclu que les dépenses consacrées au contrôle de la qualité représentent 3.62 p. 100 du coût des marchandises vendues. L'enquête menée au nom de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada comprenait des données sur les dépenses affectées au contrôle de la qualité par 35 sociétés de produits pharmaceutiques en 1960. Les chiffres obtenus comprenaient les montants dépensés au Canada pour le contrôle de la qualité et les montants demandés par des sociétés mères ou des filiales étrangères pour l'administration de laboratoires de contrôle de la qualité et pour couvrir le coût des essais confiés à d'autres laboratoires, mais ne comprenaient pas le coût du personnel d'inspection ni certains autres articles. Les dépenses indiquées à l'égard des 35 sociétés s'élevaient, cependant, à 4.2 p. 100 du coût total[1]. Il est manifestement difficile de déterminer la part du contrôle de la qualité dans le coût général. En outre, lorsque des filiales de sociétés étrangères importent certains médicaments conditionnés, elles ne dépensent presque plus rien, au Canada, pour le contrôle de la qualité. Nous ne pouvons accepter l'idée que les «dépenses considérables» affectées au Canada au contrôle de la qualité autorisent à penser que seules les grandes sociétés de médicaments contrôlés sont en mesure de vendre des médicaments de bonne qualité.

Coût des travaux de recherche et d'application

Les discussions concernant l'industrie des produits pharmaceutiques portent beaucoup sur un autre élément du coût: les dépenses occasionnées par la recherche et l'application. Nous nous reportons encore une fois à l'enquête Clarkson menée au nom de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, qui a relevé les dépenses affectées par 35 sociétés à la recherche en 1960. Leurs ventes nettes ont atteint 115 millions et les 35 sociétés ont consacré $9,551,000 à la recherche et à l'application, soit 8.3 p. 100 des ventes. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, les sociétés n'ont dépensé en fait que $3,349,000 au Canada. Le reste, soit $6,202,000, les filiales canadiennes ont dû le payer pour des recherches faites ailleurs[2]. Bien sûr, il s'agit là d'une situation tout à fait exceptionnelle. Dans la plupart des industries, les sociétés étrangères ont tendance à fournir à leurs filiales canadiennes des connaissances techniques (y compris les fruits de la recherche) et des capitaux pour considérer ensuite les bénéfices de ses filiales comme le rendement de leur capital. Dans l'industrie des médicaments, il est évident que les sociétés mères étrangères préfèrent recevoir deux rémunérations distinctes; d'un côté, pour les connaissances techniques fournies aux filiales canadiennes et, de l'autre, pour les capitaux.

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *Rapport sur la fabrication, la distribution et la vente des médicaments,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 152 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 75.

Stimulation des ventes

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 16, la stimulation des ventes coûte fort cher dans l'industrie des médicaments. Dans l'évaluation détaillée des prix donnée au début du présent chapitre, les frais de vente semblent se répartir surtout entre les «salaires» et les «autres dépenses». Si nous nous reportons encore une fois à l'enquête Clarkson concernant les ventes totales faites en 1960 par 40 sociétés des produits pharmaceutiques destinés à l'homme, nous constatons que la stimulation pratiquée auprès des médecins a représenté 8.6 p. 100 du montant des ventes, la représentation, 9 p. 100, et la vente directe, 11.6 p. 100. En résumé, le coût total de la stimulation des ventes dans l'industrie des médicaments représente 29.2 p. 100 du montant des ventes[1]. Dans cette évaluation, les visites aux médecins comprennent le coût des échantillons qui représente à lui seul 3.7 p. 100 du montant des ventes[2]. Au sujet du coût des échantillons, il est intéressant de remarquer que les dispositions antidumping du Tarif des douanes signifient que les marchandises importées comme échantillons gratuits doivent être payées par la société canadienne à leur «juste valeur marchande», ce qui augmente les frais de la stimulation des ventes[3].

Bénéfices

Au sujet des bénéfices, nous partageons le point de vue du professeur Brian Dixon, de l'Université Queen's, qui, dans une étude établie pour le compte de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, a écrit «à cause du grand nombre d'éléments conjoints et inséparables du coût de chaque produit, il serait inutile et purement arbitraire de chercher à en établir le coût. Dans ce cas, on perdrait son souffle et sa salive à vouloir justifier ou critiquer le prix de chaque produit en fonction du coût. L'unique solution de la compagnie, et l'unique critère qu'elle peut retenir dans la fixation de ses prix c'est d'examiner les prix de la série complète[4]». Malheureusement, pour des raisons déjà signalées et auxquelles nous revenons plus loin, les bénéfices de l'industrie canadienne des médicaments ne sont pas un critère suffisant de l'ensemble des méthodes suivies pour établir les prix, parce qu'ils sont amoindris. Cela ne veut pas dire qu'ils soient relativement faibles. Au contraire, pour la période de 1953 à 1960 inclusivement, dans l'ensemble de l'industrie des produits pharmaceutiques (y compris les sociétés déficitaires aussi bien que les sociétés bénéficiaires), le rendement du capital a été en moyenne de 81 p. 100 supérieur à celui de l'ensemble des industries manufacturières. En fait, il s'est établi à 19.82 p. 100 dans l'industrie des

[1] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, réponses à des questions précises, p. 5.

[2] *Ibid.*, p. 9.

[3] Livre vert, p. 35.

[4] Brian Dixon, *An Economic Analysis of the Pharmaceutical Manufacturing Industry in Canada*, étude présentée à M. Stanley N. Conder, Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, Kingston, 15 septembre 1960, p. 30.

produits pharmaceutiques comparativement à 10.95 p. 100 pour l'ensemble de la production manufacturière[1].

La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a examiné les conséquences du droit antidumping qui ramène le prix que l'importateur doit verser à la «juste valeur marchande» du produit dans le pays d'origine, et elle a donné son appui à la déclaration suivante du directeur publiée dans le Livre vert:

> .... Dans la mesure où le prix demandé par une société mère étrangère à une filiale canadienne approche le prix marchand du pays d'origine, c'est la société mère plutôt que sa filiale qui retire le bénéfice. Dans un cas extrême tel que celui dont fait mention la lettre citée dans le chapitre III (p. 35), il se peut que la filiale canadienne vende à perte, mais il est évident que la société mère a déjà retiré le bénéfice normal sur le produit intéressé. C'est dire que les bénéfices des filiales canadiennes ne sont pas une indication exacte du bénéfice réel tiré de la vente des médicaments importés; ils n'indiquent que les gains des filiales, non pas ceux que la société mère a déjà encaissés[2].

D'autres chiffres publiés par la commission confirment le point de vue de ceux qui pensent que c'est d'habitude la société mère étrangère, plutôt que la filiale canadienne, qui obtient les bénéfices. Dans neuf succursales ou filiales canadiennes de sociétés américaines de médicaments contrôlés, le taux moyen des bénéfices (avant impôt sur le revenu) par rapport aux ventes s'est établi à 15.68 p. 100, alors qu'il était de 24.98 p. 100 pour les sociétés mères aux États-Unis[3]. Certains facteurs comme la densité démographique et les deux langues à utiliser dans la stimulation des ventes augmentent les coûts, mais l'économie des deux pays est tellement semblable que de tels écarts dans les bénéfices ne se retrouvent pas dans la plupart des autres industries, même dans certains cas où les sociétés canadiennes pratiquent la fabrication beaucoup plus que les sociétés de l'industrie des médicaments.

Nous avons demandé à l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada si elle reconnaissait que les bénéfices des filiales canadiennes sont un critère inexact des bénéfices véritables résultant de la vente de médicaments importés, parce qu'ils ne traduisent que les bénéfices de la filiale canadienne, sans tenir compte des bénéfices déjà réalisés par la société mère. Dans ses réponses à nos questions précises, l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada a répondu que ses membres n'ont pas accès aux livres de comptabilité des sociétés mères, mais qu'ils sont soumis aux règlements douaniers du Canada et ouverts aux inspecteurs canadiens de l'impôt sur le revenu, et que, dans l'industrie des produits pharmaceutiques, les relations filiale et société mère sont les mêmes que dans les autres industries. La dernière partie de cette réponse passe cependant sous silence un certain nombre de points importants. Bien souvent, dans l'industrie des produits pharmaceutiques, il n'existe pas de marché indépendant qui

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 376 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 178 de l'anglais.

[3] *Ibid.*, p. 362.

permette de juger du prix convenu entre la filiale canadienne et la société mère, soit parce que le produit est semi-ouvré, soit parce qu'il s'agit d'un produit exclusif ou d'une spécialité qu'on ne vend pas à d'autres fabricants. Nous devons mentionner aussi les sommes vraiment considérables versées par les filiales canadiennes aux sociétés mères pour la recherche ou les connaissances techniques. Devant la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, M. R. B. Thompson, directeur du Service des produits médicaux de la *Cyanamid of Canada* a déclaré:

> M. THOMPSON: Eh bien! monsieur MacLeod, le prix que nous payons, que nous avons payé à notre compagnie mère, n'est pas simplement le coût de base du produit brut en vrac.
>
> M. MACLEOD: Alors.
>
> M. THOMPSON: Ce prix comprend une partie de nos contributions aux programmes de recherches que notre compagnie mère entreprend. Les méthodes préconisant les contributions sous cette forme changent au sein de l'industrie et notre compagnie en est peut-être un bon exemple, parce que nous allons les abandonner; nous avons déjà cessé d'importer les produits que vous avez mentionnés et nous les fabriquerons maintenant au Canada. Actuellement, nous sommes à discuter une entente sur la recherche et la mise au point des produits entre la *Cyanamid of Canada* et la société mère, de sorte qu'un montant distinct sera exigé pour la recherche et la mise au point, alors qu'auparavant ce montant était versé à la compagnie mère au moyen de nos achats de produits bruts, non seulement ceux qui servent à fabriquer les tétracyclines, mais d'autres aussi[1].

Compte tenu de l'amoindrissement des bénéfices dans l'industrie des médicaments dont nous avons déjà parlé, nous en venons à la conclusion que les bénéfices des sociétés de produits pharmaceutiques du Canada semblent s'élever au moins au double des bénéfices de l'ensemble de l'industrie manufacturière[2]. Nous ne sommes pas opposés en principe aux bénéfices, car nous avons confiance en l'efficacité d'une société fondée sur la libre entreprise. Toutefois, notre objectif est de faciliter le jeu des forces du marché dans l'industrie des médicaments; les consommateurs canadiens pourraient ainsi y gagner en payant leurs médicaments moins cher, grâce à la concurrence accrue et à l'élimination du gaspillage et des dépenses inutiles.

Taxe de vente fédérale sur les médicaments

Il faut enfin dire un mot de l'élément «taxe» compris dans l'évaluation détaillée présentée au début de ce chapitre. A l'exception de cinq médicaments particuliers, toutes les préparations pharmaceutiques sont frappées de la taxe de vente fédérale au taux ordinaire de 11 p. 100. Toutefois, les hôpitaux ne versent pas la taxe de vente si le médicament n'est pas

[1] *Ibid.*, pp. 331-332.

[2] Le niveau en est peut-être plus élevé encore car les bénéfices déclarés par les sociétés de produits pharmaceutiques sont de 81 p. 100 supérieurs à ceux de l'ensemble de l'industrie manufacturière sans même tenir compte de l'amoindrissement des bénéfices dans l'industrie des médicaments. On peut avoir une idée de la situation si l'on songe que les bénéfices des sociétés américaines dont il a été question à la page 684 dépassaient des deux tiers ceux de leurs filiales canadiennes.

revendu en vue de réaliser un bénéfice. Il en résulte qu'à peu près tous les médicaments vendus aux hôpitaux sont exempts de la taxe de vente fédérale. Les médicaments vendus sur ordonnance sont ordinairement exempts de la taxe provinciale sur la vente au détail[1]. La taxe de vente fédérale s'applique à tout médicament fabriqué au Canada ou importé. Pour les médicaments fabriqués au Canada, la taxe est calculée sur le prix de vente. Quant aux médicaments importés, la taxe est calculée sur leur valeur à l'acquitté. Étant donné que le prix du fabricant n'est évidemment que la moitié du prix de vente, la taxe de vente se situe plus près de 5 que de 11 p. 100 du prix de détail[2].

Dans un certain nombre de mémoires sur les médicaments, on nous a signalé que le rappel de la taxe de vente fédérale de 11 p. 100 sur les médicaments pourrait beaucoup contribuer à réduire le coût et le prix de vente des produits pharmaceutiques; on nous a exhortés à formuler une recommandation de cette nature. Nous concluons donc qu'il serait très important de se demander si les médicaments autres que les médicaments vendus aux hôpitaux devraient demeurer soumis à la taxe de vente[3].

Concurrence dans l'industrie des produits pharmaceutiques

Pour ce qui est de la concurrence dans l'industrie des médicaments certaines sociétés offrent des remises indexées sur la quantité, des remises de tant p. 100 sur des commandes dépassant tel montant et, de temps à autre, des «aubaines» spéciales[4]. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a cependant jugé que, de façon générale, la concurrence des prix ne joue pas efficacement dans la distribution des médicaments contrôlés sur le marché de détail[5]. Elle est vigoureuse dans certaines ventes aux hôpitaux et aux organismes de l'État. A part le fait que la taxe de vente fédérale ne s'applique pas d'habitude aux ventes aux hôpitaux, l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada nous a déclaré que la principale différence entre les prix aux hôpitaux et les prix de détail s'explique par les économies que réalisent les sociétés de médicaments en vendant en grosse quantité au lieu de vendre des produits conditionnés par l'intermédiaire de la distribution nationale[6].

Cette explication n'est pas tout à fait satisfaisante, surtout à la lumière de la situation des hôpitaux de la Saskatchewan. On nous a démontré que la prednisone, préparation à base de cortisone utilisée pour combattre l'arthrite et l'asthme, se vendait $17 les cent unités au pharmacien détaillant en Saskatchewan, mais qu'au même moment, elle se vendait $1.95 les cent

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 180 de l'anglais.

[3] Voir chapitre 2, recommandation 65.

[4] Livre vert, p. 107.

[5] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 512 de l'anglais.

[6] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, réponses à des questions précises.

unités aux hôpitaux et aux ministères du gouvernement. L'Association des pharmaciens de la Saskatchewan a déclaré que d'habitude, pour expliquer de tels écarts de prix, les fabricants invoquent le fait que le prix consenti aux hôpitaux ne comporte aucune dépense de stimulation, qu'il s'agit d'une simple vente portant sur une grande quantité et ne nécessite ordinairement pas de petits emballages[1]. En fait, il semble que l'écart s'explique surtout par le fait que la majorité des hôpitaux de la Saskatchewan qui emploient des pharmaciens ont recours à la méthode des appels d'offres, chaque fois que c'est possible, afin de faire agir la concurrence. Le directeur des services pharmaceutiques de l'hôpital universitaire de Saskatoon a expliqué que la méthode des appels d'offres présuppose deux choses: premièrement, un comité actif de la pharmacie et de la thérapeutique qui autorise le pharmacien à acheter un médicament d'une certaine marque et à le distribuer comme équivalent de toutes les marques indiquées dans les ordonnances; deuxièmement, il faut que les sociétés invitées à présenter une soumission vendent en fait des médicaments de qualité équivalente.

Voici maintenant quelques exemples des prix minimums et des prix maximums offerts à l'hôpital universitaire de Saskatoon. Sur une quantité de 5,000 comprimés d'un certain médicament, le plus bas prix reçu a été de $4.29 pour 500, tandis que le plus élevé a été de $19 pour 500. Sur une quantité de 1,000 unités d'un autre médicament, la plus basse soumission a été de $22.52 le mille et la plus élevée de $46.54 le mille[2].

L'hôpital universitaire de Saskatoon garde en stock 4,000 sortes de médicaments de 75 à 100 fournisseurs, mais c'est seulement dans le cas de 25 médicaments particuliers qu'on trouve pratique de demander des soumissions. Par rapport au montant global des achats, l'hôpital demande des soumissions pour moins du quart de tous les médicaments. Un autre 17 p. 100 de tous les médicaments dont l'hôpital a besoin, surtout les fluides intraveineux, est acheté sous contrat. De l'avis du directeur des services pharmaceutiques, il n'est guère possible de recourir davantage à l'appel d'offres parce que les hôpitaux sont obligés d'acheter toutes sortes de médicaments utilisés en petites quantités. Dans bien des cas, l'hôpital aura seulement besoin d'une cinquantaine ou d'une centaine de comprimés d'un certain médicament que ne vend peut-être qu'un seul fournisseur.

La situation ailleurs confirme celle des hôpitaux de la Saskatchewan. Tout en reconnaissant que les achats portaient sur de grandes quantités de médicaments, le gouvernement de l'Alberta a exprimé l'opinion que les hôpitaux de la province ont obtenu de bas prix parce que les fabricants de médicaments savaient que les hôpitaux sont bien plus en mesure de marchander quand ils n'ont pas à tenir compte de marques particulières[3]. En outre, le ministère de la Santé de l'Ontario aurait commencé à réaliser des économies considérables sur ses achats de tranquillisants et de médicaments contre la tuberculose parce qu'il a réussi à déclencher la concurrence entre

[1] Transcription, *op. cit.*, vol. 19, 24 janvier 1962, p. 4419.
[2] *Ibid.*, p. 4466.
[3] *Gouvernement de la province d'Alberta*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Edmonton, 1962, p. 101.

les fabricants de médicaments «génériques» en entreprenant un programme d'essai[1].

On peut se rendre compte des répercussions de la concurrence des prix dans certaines ventes faites à des hôpitaux dans diverses parties du pays. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a établi la comparaison suivante entre les prix de certains médicaments vendus aux détaillants, aux hôpitaux et à l'hôpital universitaire d'Edmonton en Alberta[2]:

Nom générique	Marque et fabricant	Prix par quantités de 100		
		Au pharmacien	Aux hôpitaux	Soumission à l'hôpital universitaire d'Edmonton
		$	$	$
Tétracycline (250 mg.)	Cosa-Tétracyne (Pfizer)	28.70	19.18	16.50 (lot de 20,000)
	Tetrex (Bristol)	28.70	26.33	14.95 (lot de 20,000)
	Muracine (Nadeau)	19.00	17.12	12.50 ($2.00/16 lot de 20,000)
	Achromycine (Lederle)	25.88	23.27	21.81 ($3.49/16 lot de 20,000)
Prednisone (5 mg.)	Meticorten (Schering)	13.62	7.00	1.62
Triamcinolone (4 mg.)	Aristocort (Lederle)	23.00	17.27	16.41
	Kenacort (Squibb)	23.04	18.65	18.65
Dexaméthasone (0.75 mg.)	Decadron (Merck)	17.88	14.50	11.50
	Deronil (Schering)	17.88	14.50	14.50
Methylpred-nisolone	Medrol (Upjohn)	23.01	—	10.73

[1] Rapport du comité spécial de l'assemblée législative de l'Ontario sur *Le coût des médicaments*, *op. cit.*, p. 65.

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 314 de l'anglais.

Lors d'autres appels d'offres pour 25,000 unités de prednisone, l'hôpital de l'Université d'Alberta a reçu de *Charles E. Frosst and Co.* la plus basse soumission ($1.20 le cent); la plus élevée, $1.70 le cent est venue de *Parke, Davis and Co.;* pour 25,000 unités de phényl butazone, la plus basse soumission ($11.50 le mille) est venue des *British Drug Houses (Canada) Limited* et la plus élevée ($19.52 le mille) de l'*Intra Medical Products Limited;* pour 30,000 unités d'hydrochlorthiazide, la plus basse soumission ($7 le mille) est venue de *Charles E. Frosst and Co.,* la plus élevée ($22.50 le mille) des *Abbott Laboratories;* pour 20,000 unités de tétracycline, les *Laboratoires Nadeau* ont présenté la soumission la plus basse ($12.50 le cent), et le *Cyanamid of Canada* a proposé la plus haute ($18.87 le cent); et pour 10,000 unités de promazine HCL, la *Mowatt and Moore Limited* a fait la plus basse soumission ($8.58 le mille) et la *J. Wyeth & Brother (Canada) Limited,* la plus haute, ($17.68 le mille)[1].

Pour ce qui est du Manitoba, le ministre de la Santé de la province nous a mentionné les résultats de récents appels d'offres de trois institutions de malades mentaux qui ont établi un programme d'achat groupé. Pour un médicament, la soumission la plus basse était de $140 et la plus haute de $828; pour un autre $220 et $834; pour un troisième médicament, $126 et $405; pour un quatrième, $384 et $1,128[2].

Vente en gros

L'enquête Clarkson sur les opérations des fabricants de produits pharmaceutiques en 1960 a comporté un examen des remises normalement consenties aux différentes catégories d'acheteurs. Ces remises sont soustraites du prix courant qui est en fait le prix de détail proposé. Dans le cadre de l'enquête, 37 sociétés ont répondu aux questions concernant les ventes aux grossistes. L'enquête a révélé que trois sociétés ont l'habitude d'accorder moins de 40 p. 100; huit sociétés, exactement 40 p. 100; 25 sociétés, de 40 à 50 p. 100; et une société, plus de 50 p. 100. Ces chiffres confirment en somme les données du Livre vert où il est dit que, malgré les décalages considérables, les fabricants de médicaments avaient le plus souvent l'habitude d'accorder aux grossistes 40 p. 100 et 16⅔ p. 100. (Il s'agit d'une remise globale de 50 p. 100 par rapport au prix courant de détail.) Dans ces cas-là, le grossiste accorde ordinairement à son tour 40 p. 100 au détaillant ou à l'hôpital[3]. Les grossistes demandent ordinairement les mêmes prix aux hôpitaux qu'aux détaillants, moins la taxe de vente fédérale. (Par la suite, le grossiste, évidemment, recouvre la taxe de vente qu'il a déjà payée[4].)

---

[1] *Gouvernement de la province d'Alberta, op. cit.,* appendice B, section A.

[2] *Gouvernement du Manitoba,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1961, p. 48.

[3] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.,* p. 306 de l'anglais.

[4] Livre vert, p. 107.

D'après ces chiffres, la marge normale du grossiste est donc 10 p. 100 du prix du détail ou 16⅔ p. 100 du prix du gros. Elle semble se resserrer. La *Drug Trading Company Limited,* l'un des principaux grossistes de l'Ontario, est une coopérative qui appartient à des pharmaciens détaillants. Elle accorde à ses membres des rabais en plus de remises ordinaires. En Ontario, d'autres grossistes ont dû offrir certaines concessions pour rester dans la lutte[1]. Selon l'Association des pharmaciens du Canada, la création de coopérative d'achat par les pharmaciens eux-mêmes à contribué à resserrer la marge de bénéfice des grossistes dans bien des régions du Canada[2].

Il faut mentionner que certains fabricants de médicaments ne vendent qu'à des grossistes. La maison *Eli Lilly and Company (Canada) Limited* en est une. Les pharmaciens détaillants et les hôpitaux qui veulent acheter des produits de cette société doivent passer par les grossistes[3]. Par contre, certains fabricants de médicaments n'accordent aucune remise particulière aux grossistes et ne leur consentent que les mêmes remises qu'aux détaillants[4].

La vente au détail

La remise ordinaire accordée par les fabricants aussi bien aux détaillants qu'aux hôpitaux est de 40 p. 100 du prix courant ou prix de détail proposé. Certains petits fournisseurs accordent au détaillant une remise de 50 p. 100 sur les médicaments contrôlés au lieu de la remise ordinaire de 40 p. 100. Ces compagnies ont souvent pour ligne de conduite d'accorder la même remise de 50 p. 100 à tous leurs clients: grossistes, hôpitaux, médecins, etc. En revanche, la plupart des grandes compagnies n'accordent aux médecins qu'une remise de 25 p. 100 du prix[5]. De grandes quantités de médicaments sont distribuées par l'entremise de grossistes et les pharmaciens reçoivent ordinairement du grossiste une remise moindre que du fabricant[6]. Comme nous l'avons déjà dit, l'enquête Clarkson sur les opérations des fabricants de produits pharmaceutiques en 1960 comportait un examen des remises. Sur 37 sociétés enquêtées, 31 ont fait rapport de leurs ventes aux pharmaciens. Sur ces sociétés qui ont fait rapport, 24 accordaient exactement des remises de 40 p. 100 et les sept autres, de 40 à 50 p. 100. En outre, certaines sociétés ont signalé qu'elles accordaient des remises indexées sur la quantité ainsi que des remises spéciales sur certains produits de temps à autre. Quant aux spécialités, remèdes de famille et médicaments divers,

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 309 de l'anglais.

[2] Association des pharmaciens du Canada, inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

[3] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 308 de l'anglais.

[4] Livre vert, p. 106.

[5] *Ibid.*, p. 108.

[6] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 396 de l'anglais.

les remises varient grandement, mais celles de moins de 40 p. 100 semblent habituelles[1].

Dans son mémoire à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, l'Association des pharmaciens du Canada a exposé les résultats d'une enquête qu'elle avait menée dans toutes les provinces, sauf Terre-Neuve, sur les prix que demandent les fabricants et les grossistes pour huit médicaments particuliers et articles divers. Cette enquête a révélé que les conditions d'achat des médicaments varient considérablement d'un pharmacien à l'autre. La différence maximum de prix, par rapport au prix le plus bas, était de 83.3 p. 100. On a constaté des écarts allant jusqu'à 50 p. 100 dans les prix payés aux fabricants pour des achats différents et jusqu'à 39.2 p. 100 dans les prix payés aux grossistes[2]. Ainsi que nous allons le voir, les prix de vente des pharmaciens ne traduisent pas ces écarts dans leurs prix d'achat.

Nous nous sommes demandé si, de façon générale, les pharmaciens détaillants ne pourraient pas obtenir de meilleurs prix en achetant de grandes quantités directement du fabricant, mais les détaillants qui ont témoigné devant nous ne semblaient pas compter beaucoup sur cette méthode. L'Association des pharmaciens de la Saskatchewan nous a signalé qu'une coopérative grossiste obtient du fabricant le même prix que les autres grossistes, a les mêmes frais d'administration et ne peut, par conséquent, réaliser d'énormes économies dont pourraient bénéficier les détaillants qui en feraient partie. Les achats en grandes quantités par de petits groupes de pharmaciens détaillants ne seraient guère valables comme argument de marchandage. De toute façon, un dépôt de médicaments occasionnerait des frais de réemballage et d'expédition aux magasins associés. De plus, les pharmaciens ne peuvent s'échanger sans formalités certains produits, comme les narcotiques, et il ne serait pas question pour un dépôt de les tenir à moins d'être breveté grossiste[3].

De façon générale, comme nous l'avons déjà dit, les médicaments sont exempts de la taxe de vente provinciale. Dans l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique, ils en sont exempts seulement s'ils sont vendus sur ordonnance. En Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick, l'exemption des médicaments est générale. Le Manitoba et l'Alberta n'ont pas de taxe de vente provinciale[4].

A peu près tous les pharmaciens du Canada ont l'habitude de suivre le prix courant du fabricant pour établir le prix d'une ordonnance. La remise la plus courante accordée par les fabricants est de 40 p. 100, ce qui représente une marge initiale de 66⅔ p. 100 pour le pharmacien détaillant. En outre, des frais s'ajoutent pour les fractionnements, c'est-à-dire lorsque l'ordonnance comporte une quantité moindre que le contenu de l'emballage reçu du fabriquant. On ajoute aussi ordinairement des honoraires. Le montant des

[1] *Ibid.*, p. 306.
[2] *Ibid.*, p. 392.
[3] Transcription, *op. cit.*, 24 janvier, 1962, vol. 19, p. 4421.
[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 181 de l'anglais.

honoraires varie selon la formule utilisée pour les calculer. Quand il s'agit de médicaments coûteux, le pharmacien renonce parfois à ses honoraires[1].

Les associations provinciales de pharmaciens au Canada publient des guides de prix pour la gouverne de leurs membres. Ces guides comportent ordinairement deux échelles de prix de détail: l'une pour les médicaments tout préparés, l'autre pour les ordonnances composées par le pharmacien. Les guides sont particulièrement utiles au pharmacien détaillant qui vend des quantités fractionnées.

Dans la province d'Alberta, par exemple, pour un médicament qui jouit de la remise normale de 40 p. 100, les honoraires établis sont de 75c. pour des quantités non fractionnées et d'un dollar pour des quantités fractionnées. Ces honoraires sont fixes et s'appliquent, peu importe que le médicament coûte au pharmacien 50c. ou $10. L'enquête annuelle de l'Association des pharmaciens du Canada pour l'année 1961 a montré que le prix moyen de toutes les ordonnances exécutées au Canada s'établissait à $3.14. Si nous appliquons les normes en vigueur en Alberta (laissant de côté, pour le moment, les quantités fractionnées), il semble que le prix-courant proposé par les fabricants serait de $3.14 moins 75c., soit $2.39. A supposer que les pharmaciens aient obtenu la remise normale de 40 p. 100 sur leurs achats, le prix moyen aurait été de $1.43 au pharmacien. Le prix moyen de $3.14 représente donc une marge d'un peu plus de 119 p. 100 par rapport au prix moyen payé par le pharmacien. Chaque fois qu'il s'agit de quantités fractionnées, les honoraires et la marge augmentent en proportion[2]. Dans la mesure où les pharmaciens ont obtenu des remises supérieures à 40 p. 100 et où ils ont su profiter de remises spéciales indexées sur la quantité ou bien d'autres prix spéciaux du fabricant, leur prix d'achat serait plus bas que le prix retenu ici et, par conséquent, la marge serait supérieure à 119 p. 100.

Certains pharmaciens détaillants ont une autre formule pour établir leurs prix. Au prix coûtant des constituants ils ajoutent seulement des honoraires de $2, sans autre majoration. Cette formule fait diminuer le prix des médicaments chers, mais augmente le prix des médicaments bon marché[3]. Certains pharmaciens utilisent cette formule, mais, selon l'Association des pharmaciens du Canada, celle-ci n'est pas répandue. Parmi les raisons invoquées, il y a le fait que, depuis des dizaines d'années, on utilise le prix-courant proposé par le fabricant, plus des honoraires de 75c.; en outre, les pharmaciens répugnent à augmenter les prix des médicaments moins chers[4].

Tout porte à croire que de 80 à 85 p. 100 de tous les pharmaciens détaillants, dans la plupart des provinces, se servent des guides de prix approuvés par les associations locales de pharmaciens[5]. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a conclu: «En général, à cause des méthodes adoptées par les pharmaciens détaillants pour établir

---

[1] *Ibid.*, p. 395.
[2] Transcription, *op. cit.*, 13 février 1962, vol. 23, p. 5235.
[3] *Ibid.*, p. 5237.
[4] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*
[5] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 394 de l'anglais.

les prix, des ordonnances semblables se vendent à des prix uniformes ou presque dans une même région. Il existe des variations mais elles ne modifient pas sensiblement le régime des prix en vigueur[1]».

Ce degré d'uniformité s'explique de plusieurs façons. Les règlements officiels qui prévoient que certains médicaments ne doivent se vendre que dans une pharmacie et sous la surveillance d'un pharmacien qualifié constituent évidemment un obstacle formidable à la naissance de nouvelles formes de concurrence.

Le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) n'a relevé aucune preuve évidente que les pharmaciens auraient accepté de s'en tenir aux guides de prix, mais il a constaté que presque tout le monde les suit. Pour les pharmaciens, en général, la concurrence des prix est indigne de leur situation de praticien. Le directeur s'est demandé s'il convient que les associations de pharmaciens jouent un double rôle: d'un côté, réglementer la profession et l'exploitation des pharmacies, pour ce qui est de protéger la santé de la population et de contrôler la distribution des narcotiques, etc., et d'un autre côté, faire fonction d'association professionnelle intéressée au bien-être économique de ses membres[2].

La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a conclu que les groupements de pharmaciens ne s'inquiètent des fluctuations des prix de détail que lorsque la publicité fait comprendre au public qu'il pourrait obtenir des prix moins élevés. La Commission a, en outre, pensé que si les associations provinciales de pharmaciens s'occupent de confectionner et de distribuer des guides de prix, c'est en partie parce qu'elles tiennent à atténuer les variations de prix[3]. La Commission a aussi signalé que, d'après les règlements des associations provinciales de pharmaciens, un prix codé doit figurer sur toute ordonnance remise à un client. La Commission a pensé qu'il n'y avait qu'une grande raison à cela: permettre à tout autre pharmacien d'interpréter le symbole et d'exiger le même prix. La Commission a conclu qu'il fallait abandonner le codage des prix[4].

Une conséquence importante du fait qu'à peu près tout le monde applique le même pourcentage de majoration, c'est que les détaillants sont peu portés à rechercher ou même à garder en stock des médicaments moins chers, car plus le prix proposé par le fabricant est élevé, plus les bénéfices du pharmacien augmentent.

Comme le régime des prix en cours favorise l'utilisation des médicaments chers, il est probable que les gouvernements fédéral et provinciaux se heurteront à de nombreuses difficultés s'ils cherchent à répandre l'utilisation

---

[1] *Ibid.*, p. 400.

[2] Livre vert, p. 303.

[3] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 397 de l'anglais.

[4] *Ibid.*, p. 499.

des médicaments «génériques» parce qu'ils coûtent moins cher. Au chapitre 16, nous avons vu qu'il était souhaitable de répandre l'utilisation des médicaments à nom générique. Le présent chapitre parle du besoin d'effectuer des études sur les coûts et les prix puis sur l'industrie des médicaments, études qui pourraient signaler au Parlement du Canada, aux gouvernements et à la population en général les conséquences que pourraient avoir certaines mesures visant à répandre l'utilisation de médicaments «génériques» moins chers. Si les études devaient démontrer qu'aucune mesure ne serait efficace, il faudrait procéder à de nouvelles consultations entre les gouvernements, l'industrie des médicaments et les membres de la profession médicale afin d'aboutir, comme on le désire, à une diminution des prix des médicaments, lorsque c'est possible sans altérer la qualité et l'efficacité des médicaments en cause. Nous croyons que, si les divers groupements intéressés se donnent la main, les prix des médicaments peuvent baisser au Canada; mieux la population comprendra les faits et saura pour quelles raison les prix des médicaments sont élevés, plus il sera facile d'atteindre cet objectif[1].

MÉDICAMENTS IMPORTÉS ET FABRIQUÉS AU CANADA

Les États-Unis sont la source principale depuis plusieurs années des importations canadiennes de pénicilline et de streptomycine. La Grande-Bretagne a occupé le deuxième rang dans les deux cas jusqu'en 1960, alors que le Danemark l'avait devancée quant à la pénicilline[2]. Selon le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions), l'Italie et le Danemark semblent être les grandes sources d'approvisionnement des sociétés qui importent des médicaments qu'elles ne peuvent obtenir autrement parce que ces médicaments sont brevetés au Canada[3]. Ni les médicaments eux-mêmes ni leur procédé de fabrication ne peuvent se breveter en Italie, et seuls les procédés chimiques le peuvent au Danemark. En dehors des pays déjà mentionnés, la Tchécoslovaquie et l'Allemagne de l'Ouest ont été des sources importantes d'importation d'autres antibiotiques en 1961[4]. Il y a lieu de noter que, dans le cas d'un médicament breveté, l'importateur est susceptible de n'offrir qu'une forme de présentation normale tandis que le détenteur d'un brevet canadien peut bien en offrir une foule[5].

---

[1] Nous faisons valoir plus loin dans le présent chapitre la nécessité d'un programme général de mesures et d'études concernant les coûts et les prix des médicaments. (Voir aussi chapitre 2, recommandation 81).

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 47 de l'anglais.

[3] Livre vert, p. 61.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 52 de l'anglais.

[5] Livre vert, p. 263.

Au cours des audiences de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, M. Jules R. Gilbert a été longuement interrogé au sujet des répercussions des brevets sur les affaires de sa société et sur les médicaments qu'il importe. La Commission a résumé son témoignage comme il suit:

> Son entreprise fabrique, dans ses locaux, à peu près 70 p. 100 des produits pharmaceutiques qu'elle vend. Elle importe au moins 95 p. 100 des produits de base dont elle a besoin et elle n'en fabrique aucun. Relativement aux produits brevetés, M. Gilbert a déclaré que la société trouvait difficilement à se les procurer au Canada. Citant le chloramphénicol comme exemple, il a déclaré que la société canadienne qui fabrique ce produit en vertu d'un brevet le vend à raison de $208 le kilogramme, que cette société refuse de lui en vendre, mais qu'il peut s'en procurer en Italie au prix de $34 le kilo. Il a aussi parlé du méprobamate que la même société vend, selon lui, à un prix cinq fois plus élevé que le prix normal et qu'elle refuse aussi de lui fournir.
>
> M. Gilbert n'éprouve aucune difficulté à se procurer des produits non brevetés de la société canadienne en question, que celle-ci vend à des prix très rapprochés des prix mondiaux, droits de douane compris. Cependant, dans le cas des produits brevetés, il existe un écart considérable entre les prix établis au Canada et à l'étranger, non seulement en Italie, mais aussi au Danemark, en Suisse et, pour le chloramphénicol, en Hongrie[1].

Le chloramphénicol et le groupe de la tétracycline sont ceux qui de loin se vendent le plus parmi les antibiotiques à spectre étendu. Le prix de presque toutes les marques de ces médicaments a beaucoup diminué entre décembre 1959 et juin 1961, selon la Commision d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, et il a baissé encore dans le cas de plusieurs en 1962. Les applications de ces médicaments chevauchent celles d'autres médicaments dont les prix furent aussi par la suite affectés. En ce qui concerne la cause de la réduction du prix du chloramphénicol et des tétracyclines, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a noté que trois petits fournisseurs de chloramphénicol importé ont fait leur apparition en 1959 et que leurs prix étaient tous inférieurs à ceux des grands fabricants. L'un d'entre eux fournissait également de la tétracycline. En juin 1961, d'autres petits fournisseurs se disputaient aussi le marché. D'après les témoignages, la société Gilbert importait ces médicaments sous leur nom générique à des prix bien inférieurs à ceux qui avaient cours en Amérique du Nord. La Commission en a conclu que, même si d'autres facteurs ont pu jouer au Canada, c'est la concurrence des médicaments «génériques» à meilleur marché importés d'Europe qui a contribué le plus aux réductions de prix effectués par les grands fabricants de produits de marque à l'époque[2].

C'est une conclusion que confirment, du moins indirectement, les comparaisons de prix qui suivent et qui se fondent sur des renseignements que

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 343 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 358 de l'anglais.

nous a remis le gouvernement d'Alberta le 12 février 1962 et sur les réponses fournies à des questions particulières que nous avons posées à l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, réponses que nous avons consignées le 30 avril 1962. Dans chaque cas, les produits de marque sont comparés avec leurs équivalents «génériques»:

Prix de Gilbert au pharmacien de détail, tétracycline $14.40 pour 100
Prix de Lederle au pharmacien de détail, achromycine $25.88 pour 100
Prix de Gilbert au pharmacien de détail, chloramphénicol $10. pour 100
Prix de Parke-Davis au pharmacien de détail, chloromycétine $23.60 pour 100
Prix d'Intra au pharmacien de détail, enicol $23.82 pour 100
Prix Gilbert au pharmacien de détail, prednisone $4 pour 100
Prix de Schering au pharmacien de détail, meticorten $13.62 pour 100
Prix de Gilbert au médecin, prednisolone $5 pour 100
Prix de Schering au pharmacien de détail, meticortelone $13.62 pour 100
Prix de Gilbert au pharmacien de détail, chloropromazine $2 pour 100
Prix de Poulenc au pharmacien de détail, largactil $5.34 pour 100
Prix de Gilbert au pharmacien de détail, méprobamate $1.08 pour 100
Prix de Wyeth au pharmacien de détail, equanil $24.94 à $26.25 pour 500
Prix d'Ayerst au pharmacien de détail, miltown $26.25 pour 100[1]

Après avoir examiné ces données, nous avons conclu que l'importation de médicaments avait eu pour effet de réduire le prix des médicaments au Canada dans certains secteurs importants. A notre avis, les avantages que les prix moins élevés des médicaments valent à la société en général l'emportent sur ceux qui découleraient de l'augmentation de la fabrication de ces médicaments au Canada lorsque la petitesse du marché canadien ne permet pas chez nous une production rentable de tels médicaments.

Voilà pourquoi il faudrait aviser à la possibilité de réduire ou d'abolir les droits de douane sur les médicaments importés, de modifier l'application des dispositions antidumping à l'égard des médicaments et de faire entrer dans le cadre des licences obligatoires prévues par la Loi sur les brevets des licences d'importation de médicaments assorties de garanties quant à la qualité des médicaments importés. (Ces questions sont discutées plus au long dans la suite du présent chapitre.)

TENDANCES DES PRIX

L'indice des prix des médicaments établi par le Bureau fédéral de la statistique n'a pas augmenté à l'unisson de l'indice du coût de la vie. En effet, il était à 106.1 en 1951, est passé à 111.6 en 1959, à 112.9 en 1960 et est

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

redescendu à 100.6 en 1961[1]. Cependant, les enquêtes annuelles de l'Association des pharmaciens du Canada, dont les résultats sont présentés dans le *Canadian Pharmaceutical Journal,* montrent que le prix moyen par ordonnance au Canada s'est accru de 86.9 p. 100 entre 1951 et 1961[2]. En outre, les dépenses en médicaments prescrits dans les pharmacies de détail exprimées en pourcentage du produit national brut ont augmenté chaque année de 1953 à 1959 de 0.2 p. 100 à 0.3 p. 100 et sont demeurées à 0.3 p. 100 en 1960 et 1961[3]. Ces tendances apparemment contradictoires ne peuvent s'expliquer que si la consommation de médicaments coûteux s'est accrue ou que si la quantité de médicaments fournis par ordonnance a augmenté.

Il ne faut pas perdre de vue la destination limitée de l'indice des prix des médicaments du Bureau fédéral de la statistique: c'est un élément de l'indice des prix à la consommation qui mesure les fluctuations intervenant dans les prix d'un panier déterminé d'articles. La composition du panier est périodiquement revisée. Dans le cas des médicaments, la dernière revision a eu lieu en 1957.

L'indice des médicaments ne comprend que cinq médicaments dont le prix est établi sur une base pondérale[4]. Aussi l'indice ne reflète-t-il les variations des prix que d'une infime fraction de milliers d'articles consommés au Canada en tant que médicaments prescrits.

Nous en concluons que l'examen des prix des médicaments exige une étude plus poussée qu'un simple regard sur l'indice polyvalent du Bureau fédéral de la statistique. En fait, nous souhaiterions que, s'il s'entreprend des études sur les coûts et les prix et sur l'industrie des médicaments, l'on établisse au sujet des médicaments vendus sur ordonnance au Canada des indices de prix plus complets et mieux subdivisés.

Dans l'analyse qu'il a faite de l'industrie pour l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, le professeur Brian Dixon mentionne une société qui a constaté que les produits qui déjà constituaient 60 p. 100 de ses articles réguliers et répondaient pour 45 p. 100 de son chiffre d'affaires ne se trouvaient plus sur le marché au bout de dix ans[5]. De même, le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) a relevé le nom d'une grande société (*Smith Kline & French*) qui a déclaré que 60 p. 100 de ses ventes portent sur des produits qui ne comptent pas trois ans d'existence et 80 p. 100, sur des produits qui n'en comptent

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 390 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 388 de l'anglais.

[3] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

[4] Les médicaments couverts sont les suivants: *a*) capsules de tétracycline, *b*) deux genres de comprimés de pénicilline, *c*) comprimés de phénobarbital, *d*) capsules de sodium de sécobarbital et *e*) méprobamate N.N. (non narcotique) (2 méthyl-2-n-propy 1-1, dicarbamate de 3-propanédiol).

[5] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 368 de l'anglais.

pas six ans. Pour ce qui est de cette société, le directeur a conclu, il va de soi, qu'il serait futile de comparer les prix d'aujourd'hui avec ceux d'il y a dix ans parce qu'il ne s'agissait pas des mêmes produits[1]. En outre, l'Association des pharmaciens du Canada a mentionné qu'une grande société américaine, *l'American Home Products* (dont les filiales *Wyeth* et *Ayerst* sont établies au Canada), a déclaré devant la Commission Kefauver en 1960 que 65 p. 100 de son chiffre d'affaires en fait de médicaments contrôlés comprenaient des produits qui n'existaient pas cinq ans auparavant. L'Association des pharmaciens du Canada nous a aussi mentionné une évaluation selon laquelle 50 p. 100 de l'ensemble des produits pharmaceutiques courants n'existaient pas il y a cinq ans et 75 p. 100, il y a dix ans[2].

L'évolution des prix d'un certain nombre de médicaments importants a beaucoup différé selon que le médicament pouvait se breveter ou non. Le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) a constaté que le prix des vieilles pénicillines avait beaucoup baissé depuis leur avènement. A titre d'exemple, il a mentionné une pénicilline introduite par *Eli Lilly and Company (Canada) Limited* en 1948 au prix marqué de $23.40 qui, en septembre 1959, ne valait plus que de $1.50. La streptomycine et la dihydrostreptomycine, antibiotiques dont la découverte a suivi celle de la pénicilline, se sont aussi vendues au début à un prix très élevé, qui a ensuite beaucoup baissé[3].

Voici la conclusion tirée par la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce:

> Dans le cas des formes primitives de pénicilline pour lesquelles on n'avait pas obtenu de brevets, et dans celui des streptomycines pour lesquelles des brevets avaient été délivrés librement, les prix ont bientôt commencé à baisser pour atteindre en quelques années un niveau apparemment presque égal aux prix-coûtant. D'autre part, en ce qui concerne les médicaments les plus récents étroitement protégés par des brevets, notamment les cinq antibiotiques à spectre étendu, c'est une autre histoire. La chlortétracycline (auréomycine), le chloramphénicol (chloromycétine) et l'oxytétracycline (terramycine) ont été lancés successivement sur le marché au Canada dans l'espace d'un an ou deux après le mois de mai 1950. Les prix n'ont cessé de baisser jusqu'en 1953, par suite surtout de l'amélioration des méthodes de production. De 1953 jusque vers la fin de 1960, aucune réduction n'est survenue dans les prix. Lorsque la Cyanamid a présenté la tétracycline (achromycine), en 1953, et la déméthylchlortétracycline (déclomycine), en 1959, le prix en a été fixé au même niveau que celui des trois premiers antibiotiques à spectre étendu. La baisse des prix qui s'est produite vers la fin de 1960 avait sans doute des causes diverses, mais la Commission est plutôt d'avis qu'elle provenait surtout du prix moins élevé des médicaments importés d'Europe. Jusque-là, bien que tous ces médicaments se soient très bien vendus et que des écarts sensibles aient semblé exister dans les prix de

[1] Livre vert, p. 282.
[2] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*
[3] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 323 de l'anglais.

revient des médicaments de base et des préparations entre les diverses sociétés, aucune d'elles n'avait songé à diminuer ses prix de vente. C'est comme si on en était venu à considérer le prix fixé en 1953 comme le juste prix[1].

Le prix des médicaments mentionnés par la Commission a encore baissé en 1962[2]. Celui d'autres antibiotiques a fait de même au cours de la même année. Entre décembre 1959 et juin 1961, les médicaments suivants ont connu de fortes réductions: érythromycine (15.7 p. 100), griséofulvine (29.2), comprimés de néomycine (41.1), novobiocine (15.1), triacétyloléandomycine (15.5) et spiramycine (30.5). Le prix-courant des suivants, cependant n'a pas diminué: cyclosérine, kanamycine, poudre de sulfate de némycine, nystatine, ristocétine, vancomycine et sulfate de viomycine. Ces derniers médicaments sont tous des spécialités qui ne sont peu ou point concurrencées[3].

Entre décembre 1959 et juin 1961, le prix-courant de presque toutes les marques de méprobamate a été réduit. Le prednisolone et le prednisone ont connu des réductions semblables, mais il n'en a pas été de même pour d'autres importants corticostéroides qui sont fournis par moins de maisons qui produisent des produits «génériques»[4].

Dans l'étude qu'il a faite pour le compte de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, le professeur Brian Dixon formule des observations suivantes au sujet de l'évolution des prix de divers médicaments. Au début, le prix d'un nouveau médicament est axé sur la demande, c'est-à-dire qu'il ne se fonde pas tant sur le coût de sa fabrication que sur des évaluations de la demande et sur la disponibilité de produits de remplacement. L'avènement de produits rivaux ou l'amélioration de la fabrication du produit en cause tendent à en abaisser le prix à un second niveau où il se maintient souvent. Un autre médicament aux vertus thérapeutiques supérieures pourra éventuellement venir le déloger. De grandes réductions apportées au prix du premier médicament n'auront guère alors d'effet parce que, selon le professeur Dixon, le consommateur n'est pas intéressé à un produit inférieur, quel qu'en soit le prix, sauf peut-être à la périphérie du marché. Le fabricant n'a donc aucune raison de réduire davantage ses prix qui deviennent rigides.

De l'avis du professeur Dixon, l'unique solution à la concurrence que subit le fabricant du premier médicament est d'y apporter lui-même des innovations. Cette analyse semble incomplète à certains égards importants. D'après les témoignages recueillis, des médicaments sont parfois éliminés par le moyen de fructueuses campagnes de stimulation des ventes, peu importe que le nouveau médicament soit supérieur ou non. En outre, ce n'est pas le consommateur qui choisit entre le nouveau et l'ancien médi-

[1] *Ibid.*, p. 511 de l'anglais.
[2] *Ibid.*, p. 332 de l'anglais.
[3] *Ibid.*, p. 357 de l'anglais.
[4] *Ibid.*, p. 336 de l'anglais.

cament. On peut en toute logique supposer que le consommateur, s'il se trouve devant la possibilité d'utiliser un nouveau médicament un peu supérieur mais coûtant beaucoup plus cher, verra peut-être les choses d'un œil différent de celui du médecin. Enfin, les données qu'on nous a fournies indiquent qu'un certain nombre de médicaments importants n'ont pas évolué, comme l'explique le professeur Dixon, mais ont beaucoup baissé de prix seulement par suite de la concurrence des importations.

La section ontarienne de la Société des pharmaciens d'hôpitaux du Canada nous a dit que la montée des prix des médicaments a connu une modeste pause en 1961 surtout par suite de la réduction apportée au prix d'un grand nombre d'importants antibiotiques. C'est une situation qui semble avoir été momentanée, puisque des médicaments nouveaux viennent maintenant remplacer certains de ceux dont le prix a baissé[1]. C'est aussi l'avis du directeur des services pharmaceutiques du ministère de la Santé de la Saskatchewan qui a dit que, même si le coût des diverses préparations a tendance à demeurer assez stable ou même à baisser, beaucoup de médicaments ces dernières années n'ont connu qu'une brève popularité avant d'être remplacés par des médicaments nouveaux qui faisaient leur apparition à des prix plutôt supérieurs à ceux de leurs devanciers[2]. Ces avis semblent trouver confirmation dans les données que nous a remises la province d'Alberta pour les années 1958 à 1961. A l'*Aberhart Memorial Sanatorium* où prédominent les antibiotiques, le coût des médicaments par journée d'hospitalisation a augmenté de 16 8/10c. à plus de 27c. au cours de trois ans. Au *Ponoka Mental Institute,* où les médicaments ataraxiques s'emploient le plus, le coût s'est accru de 1c. à plus de 2c. par journée d'hospitalisation durant la même période[3].

COMPARAISONS INTERNATIONALES DES PRIX DES MÉDICAMENTS

Le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) présente dans le Livre vert[4] des comparaisons internationales relatives aux prix de 1959 d'un certain nombre de médicaments importants. Certaines sont reproduites ici sous forme simplifiée, c'est-à-dire, par exemple, que le prix le plus élevé est retenu, lorsqu'il y a plus d'un prix pour un pays, afin de diminuer, plutôt que d'augmenter, le désavantage apparent dont souffre le consommateur canadien:

---

[1] *Section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, juin 1962.

[2] W. J. Totten, directeur des services pharmaceutiques, division des Services médicaux, ministère de la Santé de la Saskatchewan, discours aux congrès de l'Association des pharmaciens du Canada, août 1962; voir l'appendice A, l'*Association des pharmaciens de la Saskatchewan,* mémoire présenté à la commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, janvier 1962.

[3] *Gouvernement de la province d'Alberta, op. cit.*

[4] Livre vert, p. 245.

Produit	Pays	Distributeur	Prix au pharmacien
			$
Prednisone	Japon	Merck	27.78
	Australie	Merck	24.00
	Panama	Merck	22.99
	Italie	Merck	22.16
	Canada	Merck	*20.80*
	États-Unis	Merck	17.90
	Autriche	Merck	17.16
	Hollande	Merck	16.05
	Brésil	Merck	14.15
	Grande-Bretagne	Merck	7.53
Chlorpromazine	*Canada*	Rhone-Poulenc	*3.75*
	États-Unis	Smith Kline & French	3.03
	Japon	Banyu Pharmaceutical Co.	2.14
	Brésil	Rhodia	1.53
	Belgique	Specia	1.37
	Hollande	Specia	1.31
	Italie	Farmitalia	1.22
	Allemagne	Bayer	.97
	Australie	May & Baker	.94
	Grande-Bretagne	May & Baker	.77
	France	Specia	.51
Prochlorpérazine	États-Unis	Smith Kline & French	3.93
	Canada	Rhone-Poulenc	*3.60*
	Australie	May & Baker	2.84
	Grande-Bretagne	May & Baker	2.24
	Belgique	Specia	1.61
	France	Specia	.80
	Allemagne	Bayer	.80
Meprobamate	Venezuela	Wyeth	5.44
	Inde	Lederle	4.79
	Iran	Cyanamid	4.68
	Canada	Wyeth	*3.60*
	Hollande	Cyanamid	3.56
	Australie	Wyeth	3.47
	États-Unis	Wyeth	3.25
	Belgique	Cyanamid	3.25
	France	Byla	2.65
	Japon	Banyu	2.56
	Brésil	Wyeth	2.20
	Mexique	Cyanamid	2.00
	Italie	Wyeth	1.94
	Autriche	Cyanamid	1.56
	Grande-Bretagne	Cyanamid	1.48
	Allemagne	Asche (Wyeth)	1.36
	Argentine	Cyanamid	.75

Produit	Pays	Distributeur	Prix au pharmacien
			$
Sparine	*Canada*	Wyeth	*3.15*
	États-Unis	Wyeth	3.00
	Venezuela	Wyeth	2.70
	Mexique	Wyeth	1.66
	Hollande	Wyeth	1.59
	Italie	Wyeth	1.32
	Brésil	Wyeth	1.26
	Australie	Wyeth	.94
	Allemagne	Bayer	.83
Serpasil	États-Unis		12.00
	Canada		*9.87*
	Venezuela		7.85
	Japon		5.56
	Brésil		5.53
	Inde		5.29
	Italie		4.90
	Iran		4.87
	Australie		4.41
	Belgique		4.24
	Grande-Bretagne		3.94
	Allemagne		3.42
	Autriche		2.78
	France		1.21

La *Cyanamid* du Canada a témoigné devant la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce au sujet des prix comparatifs de son produit, l'Achromycine, dans un certain nombre de pays à la fin de 1961. Voici un tableau des prix offerts au consommateur pour des emballages de 16 et de 100 capsules:

Produit	Pays	Distributeur	Prix de détail marqué	
			(16)	(100)
			$	$
Achromycine	Grèce	Cyanamid	7.16	38.61
	États-Unis	Cyanamid	7.11	43.13
	Canada	Cyanamid	*7.11*	*43.13*
	Costa Rica	Cyanamid	6.01	34.80
	Japon	production locale	6.00	26.39
	Colombie	Cyanamid	5.84	34.62
	Italie	production locale	5.81	—
	Mexique	Cyanamid	5.59	33.73

On a dit à la Commission que l'achromycine se fabriquait au Japon et en Italie; quant aux autres pays mentionnés, elle s'importait des États-Unis[1].

La *Cyanamid* du Canada a aussi présenté à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce une comparaison de ses ventes par groupes de produits aux prix canadiens avec le chiffre que ces ventes auraient atteint aux prix américains. Dans le cas de tous les produits distribués par la compagnie canadienne, la différence entre le niveau des prix américains et celui des prix canadiens était à peu près égale au montant de la taxe de vente fédérale[2].

Le Livre vert renferme une comparaison des prix marqués de certains médicaments dans la dernière partie de 1959 au Canada et aux États-Unis[3] (pénicilline, dihydro-streptomycine, antibiotiques à spectre étendu et autres antibiotiques et tranquillisants). La comparaison porte sur 75 articles, si chaque format d'emballage indiqué dans le cas des deux pays est considéré comme un article différent. Dans la majorité des cas, le prix canadien est supérieur[4]. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada a remanié la comparaison afin d'éliminer des prix canadiens la taxe fédérale de vente. Ainsi remanié, le prix de 11 articles sur un total de 69 était le même ou variait dans la limite de trois cents dans les deux pays; il était inférieur au Canada dans le cas de 30 articles et supérieur dans celui de 28[5].

Une autre comparaison de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada jette plus de lumière sur le rapport général entre les prix canadiens et américains. En examinant les prix marqués de 1,213 produits de 14 sociétés qui vendent des médicaments au Canada et aux États-Unis, l'Association a constaté que 739 coûtaient plus cher au Canada et 212 aux États-Unis (le prix était probablement le même quant aux autres médicaments)[6]. Les prix courants canadiens comprenaient la taxe de vente fédérale. Si elle était éliminée, certains produits disparaîtraient du nombre de ceux qui coûtaient plus cher au Canada. Dans le cas des prix canadiens plus élevés, cependant, la différence dépassait le plus souvent l'écart attribuable à la taxe (5 à 6 p. 100 du prix de détail).

Nous avons déjà mentionné comment l'application d'un pourcentage de majoration invariable à l'échelon du pharmacien détaillant fait que la différence initiale entre les prix des fabricants (si le médicament coûte cher) est fort accrue au niveau du détail. Il existe aussi un autre facteur. Le maintien des prix de revente est illégal au Canada et le directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) n'a pas constaté que les fabricants cherchaient à forcer les pharmaciens à maintenir

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 406 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 415 de l'anglais.

[3] Livre vert, p. 252.

[4] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 411 de l'anglais.

[5] *Ibid.* p. 415 de l'anglais.

[6] *Ibid.*, p. 414 de l'anglais.

les prix. Aux États-Unis, d'autre part, dans les États où il existe une loi relative au *Fair Trade,* les médicaments y sont assujettis et les pharmaciens peuvent être contraints de maintenir les prix du «juste commerce». Chose curieuse, malgré ces différences d'ordre juridique, les pharmaciens canadiens semblent répugner à réduire les prix proposés par les fabricants, tandis que le prix du «juste commerce» aux États-Unis est normalement établi à environ 90 p. 100 du prix de revente proposé, et il appert que ce prix inférieur tend à régner dans certaines régions[1].

Nous avons aussi déjà mentionné que l'organisation de la distribution des médicaments diffère beaucoup dans plusieurs pays d'Europe de celle qui existe au Canada et aux États-Unis. Nous avons mentionné la réglementation rigide au Danemark du nombre et de l'emplacement des pharmacies de détail, puis la restriction de leur activité au commerce des produits pharmaceutiques. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a aussi appris que l'État réglemente le prix des ordonnances au Danemark. On lui a dit que le coût moyen des ordonnances exécutées au Danemark en 1958 y a été inférieur à $1 contre $2.78 au Canada (prix de détail)[2].

L'Association des pharmaciens du Canada nous a signalé que le prix moyen des ordonnances, au détail, est plus élevé aux États-Unis qu'au Canada. La moyenne respective, d'après les évaluations s'établissait à $1.90 et $1.68 en 1951 et à $3.19 et $3.06 en 1960[3]. Il s'en suit à la lumière d'autres témoignages que nous avons mentionnés, qu'il se prescrit une plus forte proportion de médicaments coûteux aux États-Unis qu'au Canada. La différence tient peut-être à l'apparition plus hâtive ou au lancement publicitaire plus efficace des médicaments coûteux aux États-Unis où à ce que les médecins canadiens savent ménager davantage la bourse de leur clients.

Nous passons maintenant aux facteurs d'ordre institutionnel qui peuvent influer sur le coût et le prix des médicaments prescrits et vendus au Canada, et nous allons traiter en particulier de la Loi sur les brevets, de la Loi sur les marques de commerce, du Tarif des douanes et d'autres lois.

LA LOI SUR LES BREVETS

Au Canada, comme la grande masse des brevets délivrés sont détenus par l'étranger, nous pourrions supposer que les redevances payées permettent de déterminer ce qu'il en coûte au Canada pour bénéficier du régime des brevets. Tel n'est pas le cas. D'après la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, «les fabricants de médicaments ont obtenu bien plus de la majoration des prix des médicaments en vertu du régime des

[1] Livre vert, p. 109.

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 409 de l'anglais.

[3] Association des pharmaciens du Canada inc., *op. cit.*

brevets qu'ils n'auraient obtenu des redevances qu'ils auraient pu toucher en vertu de l'émission obligatoire de licences»[1]. L'essence du régime des brevets consiste en ce que le titulaire du brevet peut exiger des prix de monopole et peut faire appel aux pouvoirs de l'État, par le truchement des tribunaux, pour protéger son monopole. D'après le fonctionnement du régime ailleurs, cependant, d'autres facteurs de monopole peuvent s'établir qui ne sont pas aussi manifestes. Ainsi, par exemple, les brevets ont tendance à s'accumuler dans quelques mains (et alors le monopole total que vaut un portefeuille de brevets est généralement considéré comme supérieur à la somme des petits monopoles qui découlent de chaque brevet), les litiges portant sur les brevets peuvent fournir un puissant moyen de cœrcition et on peut éliminer la concurrence en cédant l'exploitation de brevets à d'autres producteurs importants.

Cela étant, plusieurs pays font un cas spécial des médicaments dans leur régime de brevets. Ainsi, par exemple, les médicaments et les procédés de fabrication ne peuvent se breveter en Italie. Dans quelques pays, dont les États-Unis et la Grande-Bretagne, on peut faire breveter les médicaments et les procédés de fabrication[2]. Au Canada, les procédés peuvent se breveter. Aux termes de l'article 41 (1) de la Loi sur les brevets, cependant, on ne peut faire breveter que le procédé quand il est d'ordre chimique ou le médicament quand il se fabrique exclusivement au moyen du procédé. En outre, d'après un jugement récemment rendu par la Cour Suprême du Canada, il est clair qu'on ne peut demander un brevet d'invention pour une substance destinée à l'alimentation ou à la médication et produite par un procédé chimique. La demande doit s'accompagner d'une déclaration valide au sujet du procédé[3]. La production du même médicament par un autre procédé ne constituerait donc pas une violation de brevet. Cependant, lorsque le procédé n'est pas d'ordre chimique, on peut faire breveter le procédé et le médicament, et les revendications relatives aux médicaments sont valides indépendamment du procédé.

Il existe une raison qui rend la situation du détenteur d'un brevet canadien moins vulnérable qu'elle ne peut sembler par rapport à celle du détenteur d'un brevet américain. En vertu de la loi canadienne, un brevet portant sur un procédé assure une protection automatique puisqu'il empêche l'importation de produits étrangers fabriqués par un procédé breveté au Canada. La raison en est que la valeur d'un brevet relatif à un procédé y perdrait si des produits fabriqués par le même procédé à l'étranger pouvaient librement s'importer. D'ordinaire, la protection automatique contre les importations s'applique, peu importe que le produit soit nouveau ou non. Sauf erreur, cependant, il faut aussi que le produit soit nouveau pour que la protection automatique s'applique aussi aux brevets de médicaments[4].

---

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 523 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 99 de l'anglais.

[3] C. H. Boehringer Sohn contre Bell-Craig Limited, 1963 (inédit).

[4] Transcription, *op. cit.*, 2 juin 1962, vol. 66, p. 12581.

Aux États-Unis, le procédé breveté n'est pas automatiquement protégé lorsque le produit n'est pas breveté, lui aussi. Voilà pourquoi les médicaments italiens fabriqués par un procédé breveté aux États-Unis y entrent en quantités de plus en plus grande et à des prix bon marché[1].

Une autre raison qui rend l'importation de médicaments au Canada plus difficile qu'il ne semble à première vue consiste en ce que l'article 41 (2) de la Loi sur les brevets, à cause de la façon de déterminer si deux médicaments tiennent au même procédé, impose la charge de la preuve au défendeur dans une poursuite en contrefaçon[2].

La Loi sur les brevets renferme des dispositions qui obligent à accorder une licence d'exploitation d'un brevet pour des raisons qui s'appliquent à tous les domaines et non pas seulement aux médicaments. Une licence peut être obligatoirement délivrée quand un brevet a servi à mettre obstacle ou à nuire indûment au commerce ou lorsqu'il y a eu abus de l'exclusivité accordée par le brevet. En plus de ces dispositions d'ordre général, l'article 41 (3) de la Loi sur les brevets prévoit expressément l'émission obligatoire d'une licence dans le cas des brevets portant sur les aliments et les médicaments. Les passages ci-dessous du rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce dégagent l'importance de cette disposition spéciale:

> C'est sans aucun doute par souci de la santé publique que le Parlement a adopté les paragraphes (1) et (3) de l'article 41 de la Loi sur les brevets. En vertu de l'article 41 (1), un brevet peut être émis en faveur d'un produit pharmaceutique s'il résulte d'un procédé de fabrication non chimique, mais lorsqu'il s'agit d'un procédé chimique, on peut obtenir un brevet soit pour le procédé soit pour le médicament qui en résulte. Ainsi un médicament résultant d'un procédé chimique bénéficie d'une mesure de protection moindre que ceux qui sont fabriqués par d'autres procédés. Lorsqu'un médicament fabriqué par un procédé quelconque chimique ou autre, est protégé par un brevet, on peut obtenir une licence obligatoire pour la fabrication de ce même médicament en vertu du paragraphe (3) de l'article 41 en tout temps, au moyen d'une demande au commissaire des brevets, à moins que celui-ci n'ait une bonne raison de la refuser. Il est en outre prévu au même paragraphe qu'au moment de fixer les redevances à verser en vertu de la licence, le commissaire devra étudier s'il est souhaitable de mettre le médicament à la disposition du public au meilleur prix possible en tenant compte de la redevance due à l'inventeur pour les recherches qui l'ont conduit à la découverte de ce produit.
>
> On s'attendrait que les concurrents cherchent énergiquement à se procurer des licences à une époque où tant de nouveaux produits pharmaceutiques envahissent le marché, dont certains ont fait époque dans le traitement de certaines maladies; plusieurs d'entre eux ont été très favorablement accueillis et ont fait l'objet de ventes appréciables. La perspective de bénéfices devrait stimuler cette activité. Mais qu'en

---

[1] *Comité pour l'avancement de la recherche créatrice dans l'industrie pharmaceutique et les industries connues,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, juin 1962.

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 101 de l'anglais.

a-t-il été de fait? Depuis 1923, date à laquelle la disposition spéciale ayant trait aux licences obligatoires a été adoptée, jusqu'à 1949, une seule demande de licence obligatoire a été soumise. De 1949 jusqu'au mois de janvier 1963, 22 demandes ont été présentées, dont deux ont été retirées par la suite et deux autres n'ont pas encore été étudiées. Ces chiffres indiquent donc que les dispositions ayant trait aux licences obligatoires sont pour ainsi dire tombées dans l'oubli.

Au cours de son témoignage devant la Commission (audiences, p. 296), M. J. W. T. Michel, commissaire des brevets, a affirmé qu'une seule demande avait été refusée jusqu'ici. Il s'agissait d'une licence d'importation et non de fabrication. Il semble donc qu'en général aucun obstacle sérieux ne se dresse devant les requérants. Jusqu'à l'année 1959, cependant, l'interprétation du paragraphe (3) de l'article 41 pouvait susciter certains problèmes, mais la Cour Suprême du Canada a alors décidé que l'article 41 (3) s'appliquait et au produit résultant d'un procédé chimique et au procédé lui-même. L'incertitude qui avait peut-être régné jusqu'à ce jugement portait sans doute à croire qu'une demande de licence obligatoire entraînerait au moins de longs délais et pourrait être cause d'un litige prolongé et coûteux dont le résultat éventuel restait quand même douteux. C'est pourquoi, la Commission s'est efforcée d'établir si la décision susmentionnée avait occasionné une certaine augmentation des demandes de licences obligatoires. De 1949 à juillet 1960, il y eut huit demandes et six durant les douze mois suivants, mais parmi ces six dernières deux ont été retirées par la suite et deux n'ont pas été étudiées. Huit autres demandes ont été soumises depuis le mois de juillet 1961, dont aucune n'est encore réglée. Nous concluons donc que le nombre de demandes a augmenté, mais, vu ce qu'il en est advenu, nous ne pouvons considérer cette augmentation comme importante.

On peut sans doute prétendre que les dispositions ayant trait aux licences obligatoires portent les détenteurs de brevets à accorder des licences spontanément. La Commission ne dispose d'aucun moyen pour contrôler le nombre de licences accordées spontanément, mais le relevé de l'AFPPC indique que ce nombre est très restreint comparativement à celui des fabricants et à celui des nouveaux médicaments en vogue. M. J. W. T. Michel affirme à ce propos qu'en général les sociétés étrangères détentrices de brevets canadiens ont tendance à refuser obstinément d'accorder des licences (audiences, p. 302). A part quelques ententes mutuelles entre deux ou trois sociétés, conclues à la suite de leurs revendications contraires touchant certains brevets, aucune licence n'a été accordée spontanément, semble-t-il, relativement aux cinq antibiotiques à spectre étendu les plus importants. La situation est la même en principe en ce qui concerne les nouvelles formes de pénicilline, les tranquillisants ou ataraxiques et les corticostéroïdes. Il est à remarquer que ce sont précisément ces quatre catégories de médicaments qui ont eu le plus de retentissement sur le marché au cours des douze ou quatorze dernières années. Certains d'entre eux ont connu une grande vogue et ont rapporté des profits importants aux détenteurs de brevets. C'est pourquoi, la Commission ne conçoit pas que le nombre restreint de demandes de licences obligatoires puisse s'expliquer par la spontanéité avec laquelle des détenteurs de brevets accordent des licences[1].

---

[1] Parke, Davis & Company Ltd., contre Fine Chemicals of Canada Limited, 30 Canadian Patent Reporter, 59, cité dans le rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du Commerce, *op. cit.*, p. 508 de l'anglais.

Il appert que les dispositions relatives à l'attribution obligatoire de licences que renferme l'article 41 (3) de la Loi sur les brevets n'ont guère été appliquées. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a relevé plusieurs facteurs qui peuvent, isolés on conjugués, gêner l'attribution spontanée ou obligatoire de licences. La désuétude rapide des médicaments fait peut-être en sorte que la plupart des sociétés ne croient pas qu'il vaille la peine d'amorcer les instances nécessaires pour obtenir une licence. Les lenteurs et les dérangements que comporte l'obtention d'une licence dissuadent peut-être les producteurs éventuels de chercher à en obtenir une. A ce propos, le commissaire des brevets a déclaré que, même en l'absence d'opposition véritable, les délais qui interviennent entre la demande et l'émission d'une licence ne peuvent être réduits à moins de sept ou huit mois. S'il désire faire opposition, le détenteur du brevet peut en appeler à la Cour Suprême du Canada[1]. Il se peut aussi que le chiffre des frais d'immobilisation nécessaires à la production d'un médicament par rapport à l'importance du marché décourage un second ou un troisième fabricant de s'intéresser au même produit. Le coûteux effort de stimulation qui s'imposerait pour concurrencer un produit établi peut aussi faire réfléchir des rivaux éventuels. Il existe peut-être d'importantes connaissances techniques que le brevet ne révélerait pas. Dans certains cas la redevance à payer peut sembler excessive. Les fabricants importants tiennent peut-être à respecter les brevets de leurs concurrents et à ne pas demander l'émission obligatoire d'une licence, mais la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce n'en a pas recueilli de preuves. De l'avis du directeur des enquêtes et des recherches et de la dite Commission, l'explication le plus plausible est que la plupart des grandes maisons au Canada sont des filiales de sociétés internationales, qui font des affaires dans le monde entier et qui s'emploient à pousser leurs propres spécialités. Elles ne tiennent pas à fabriquer et à pousser un produit qui fasse concurrence à la spécialité d'un autre fabricant dans le seul cadre du marché canadien. On en trouve une preuve dans le fait que les rares licences obligatoirement émises sont surtout allées à des sociétés tout à fait canadiennes[2].

La Commission royale d'enquête sur les brevets, le droit d'auteur et les dessins industriels a traité la question de la cession obligatoire de licences dans son rapport sur les brevets d'invention (31 décembre 1959). La Commission Ilsley a recommandé, tout en ne l'approuvant pas avec vigueur, de maintenir le régime général des brevets au Canada, à condition, cependant, d'y apporter d'importantes modifications. Parmi ces dernières s'inscrivait une application plus étendue de l'émission obligatoire de licences. Elle a mentionné qu'elle s'inquiétait de ce que les agissements dilatoires puissent venir chercher à y faire obstacle. Pour prévenir de pareils délais, la Commission Ilsley a recommandé d'adopter, pour les instances entendues par le commissaire des brevets, des règlements portant expédition de toute demande de cession obligatoire de licence dans les trois mois qui suivent la signification

[1] *Ibid.*, p. 108 de l'anglais.
[2] *Ibid.*, p. 510 de l'anglais.

authentiquée d'un avis de la demande au détenteur du brevet. S'il devait intervenir de longs délais malgré les nouveaux règlements, il faudrait, de l'avis de la Commission Ilsley, voir à modifier la Loi sur les brevets de façon à ce que les licences puissent se délivrer de droit. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a souscrit à ces recommandations aussi longtemps que le régime des brevets continue de s'appliquer aux médicaments[1].

La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, cependant, a été impressionnée, comme la Commission Ilsley, par les vues exprimées par Penrose, à savoir que:

> Un pays y perd s'il accorde sur le marché intérieur du monopole qui n'améliore ni ne rend meilleur marché les biens disponibles, n'augmente sa capacité de production ni n'assure à ses producteurs des avantages au moins équivalents sur d'autres marchés. On aura beau parler de «l'unité économique du monde», il reste que certains pays qui n'exportent guère de produits industriels, et qui ont peu ou point d'inventions à vendre n'ont rien à gagner à accorder des brevets visant des inventions réalisées et brevetées à l'étranger si ce n'est de s'éviter des représailles de la part de l'étranger dans d'autres domaines. A cette catégorie appartiennent les pays agricoles et ceux qui s'efforcent de s'industrialiser, mais qui exportent surtout des matières premières[2].

Fortes des critères ainsi établis par Penrose, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce en est arrivée aux conclusions suivantes:

> Les témoignages recueillis au cours de la présente enquête n'indiquent pas que les brevets aient amoindri ou amélioré la qualité des médicaments offerts au Canada. La capacité de production a certainement augmenté au Canada, mais si l'on songe à l'expansion énorme qui s'est produite en Italie où les brevets n'existent pas, il semble que la capacité de production aurait pu augmenter au Canada sans la protection des brevets, et peut-être à un rythme encore plus accéléré. Dans les pays signataires de la Convention internationale, le Canada jouit de tous les privilèges que les gouvernements accordent à leurs ressortissants, et qui ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux que le Canada accorde par brevets aux ressortissants de ces pays. Enfin, le commissaire des brevets a affirmé au cours de son témoignage que le nombre de brevets détenus par des Canadiens dans tous les domaines n'atteint pas 6 p. 100, et que pour les médicaments la proportion est décidément moins élevée (audiences, p. 310). Il est donc évident que le Canada a très peu d'inventions à vendre dans le domaine des médicaments. C'est là la situation depuis un grand nombre d'années et la Commission ne trouve rien dans les témoignages qui laisse entendre qu'un changement de quelque importance soit probable. La Commission ne dispose pas de renseignements complets sur le volume des exportations canadiennes de médicaments brevetés, mais d'après les chiffres indiqués au tableau XLIII du Livre vert pour l'année 1958, ces exportations ne semblent pas très élevées. Pour

[1] *Ibid.*, p. 515 de l'anglais.
[2] Mme Edith T. Penrose, *The Economics of the International Patent System*, 1951, pp. 116-117, cité dans *Ibid.*, p. 517 de l'anglais.

> toutes ces raisons, il semble que les brevets canadiens de médicaments confèrent des avantages économiques assez importants à leur détenteurs qui presque tous sont des étrangers, alors qu'à peine une poignée de Canadiens en ont retiré les mêmes avantages[1].

N'ayant découvert pour le Canada aucun avantage de l'application des brevets aux médicaments qui puisse faire contrepoids aux désavantages pour la population canadienne, et ne prévoyant aucun changement pour l'avenir, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce en a conclu que le seul remède efficace était l'abolition des brevets de médicaments. La Commission est d'avis que, même si l'attribution de licenses obligatoires était affaire de droit, les petites sociétés canadiennes de produits pharmaceutiques seraient seules à en profiter. Ce ne serait donc là qu'un palliatif et non un remède[2]. La Commission ne s'est pas demandé, semble-t-il, dans quelle mesure des licences obligatoires d'importation pourraient remédier à la situation.

Nous avons posé à l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada la question précise suivante: «Y a-t-il une raison qui empêche de modifier la Loi sur les brevets (du Canada) afin de permettre à l'importateur d'obtenir une licence l'autorisant à importer pour la vente au Canada de tout médicament breveté, moyennant le paiement d'une redevance déterminée pour le commissaire des brevets ou par la loi, à condition que la qualité des médicaments importés satisfasse aux normes canadiennes?» L'Association n'a soulevé dans sa réponse aucune difficulté particulière concernant l'industrie des produits pharmaceutiques, mais a dit seulement que l'obligation faite au détenteur d'un brevet d'exploiter le brevet à l'échelle commerciale au Canada constitue un principe fondamental de notre Loi sur les brevets[3]. Si vraie que soit cette opinion au sujet de la législation existante, la Commission Ilsley a recommandé que la Loi sur les brevets soit clarifiée de manière à établir un principe bien différent. Elle a écrit ce qui suit:

> En résumé, d'après le résultat que nous attendons de nos propositions, la question se résume ainsi: les droits découlant des brevets seront accessibles aux personnes capables et désireuses d'exploiter les inventions au Canada; en outre, l'emploi de fonds et l'exécution de travaux nécessaires à leur exploitation dépendront des motifs qui influencent normalement une telle décision en l'absence de tous les droits conférés par les brevets.
> Nous ne voyons aucun avantage particulier à tenter, par un moyen détourné prévu dans notre loi, d'acheminer des placements vers l'exploitation de nouvelles inventions. Nous croyons que l'intérêt public sera mieux servi si les placements se font dans les domaines les plus productifs qui leur sont offerts au lieu d'être orientés artificiellement vers l'exploitation de nouvelles inventions, lorsque la valeur économique de l'entreprise est douteuse[4].

---

[1] *Ibid.*

[2] *Ibid.*, p. 516 de l'anglais.

[3] Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, Réponses à des questions précises reçues de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

[4] Commission royale d'enquête sur les brevets, le droit d'auteur et les dessins industriels, *Rapport sur les brevets d'invention,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, p. 81 de l'anglais.

Le Dr Vannevar Bush a signalé les trois buts principaux du régime des brevets. Il cherche d'abord à stimuler l'invention et la recherche de nouvelles applications du savoir. En second lieu, il cherche à favoriser l'utilisation publique de nouveaux dispositifs et procédés. Troisièmement, il cherche à mettre fin au secret qui entoure les idées nouvelles et à en assurer la divulgation complète à d'autres personnes spécialisées dans le même domaine. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a examiné dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints pour ce qui est de l'industrie canadienne des médicaments[1]. Au sujet du troisième point, la Commission conclut qu'aucun avantage appréciable ne découle de la révélation des découvertes au Bureau canadien des brevets. La plupart étant faites à l'étranger, les découvertes sont déjà connues du monde lorsqu'elles sont déposées au Canada. Dans certains cas, les connaissances techniques peuvent être d'importance primordiale plutôt que le brevet lui-même et le régime des brevets ne fait rien pour diffuser ces connaissances. Bien plus, a-t-on dit, c'est l'inventeur le moins sûr de pouvoir garder son secret qui est probablement le plus intéressé à obtenir la protection de l'État pour l'exploitation de son monopole.

Pour ce qui est du second objectif, la Commission conclut que les brevets ne sont pas indispensables au placement de fonds dans de nouveaux domaines de production. Même en l'absence de brevets, les sociétés de produits pharmaceutiques trouveraient au Canada des débouchés, comme il y en a présentement pour tous les autres secteurs de la production où les brevets sont sans importance.

Quant au premier objectif, il y a bien des raisons pour lesquelles il est peu probable que la protection par brevet stimule beaucoup la recherche et l'invention dans l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques. D'abord, les brevets canadiens appartiennent en très grande partie à des étrangers qui, dans le passé, ont jugé plus pratique de concentrer ailleurs leur activité en matière de recherche. En second lieu, l'accroissement récent des dépenses pour la recherche au Canada ne découle pas d'une évolution importante de la situation, mais elle est surtout attribuable aux nouveaux règlements du Directorat des aliments et des drogues qui exigent des essais cliniques plus poussés. Troisièmement, la principale contribution canadienne à la recherche vient de l'activité non commerciale d'organismes comme les *Laboratoires Connaught*. Les brevets ne peuvent donc pas être une condition *sine qua non* de tout progrès important dans le domaine des médicaments. En réalité, comme nous l'avons déjà indiqué, l'apport du régime des brevets aux progrès importants survenus ailleurs dans le domaine pharmaceutique est fort controversé. Il donne une prime de bénéfice à l'application de modifications secondaires qui peuvent être brevetées, mais dont la valeur peut être légère, voire douteuse. Quatrièmement, de l'avis de certains, on aurait atteint un plateau, les sociétés de médicaments ayant exploité à fond les découvertes récentes dans le domaine de la recherche fondamentale, et,

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 518 de l'anglais.

tant qu'on n'aura pas fait un autre bond important, les sociétés de médicaments ne trouveront nulle part les mêmes occasions d'accomplir des travaux d'application auxquels elles se sont livrées jusqu'ici en dehors du Canada.

En ce qui concerne la recherche au Canada, même en supposant qu'il faille accorder plus d'importance aux organismes commerciaux qu'aux autres organismes, il y a d'autres moyens que le régime des brevets, la chose est assez évidente, d'encourager une telle recherche commerciale. Des modifications apportées en 1961 à la Loi de l'impôt sur le revenu prévoyaient l'accélération du rythme auquel les sommes affectées à la recherche pouvaient être amorties. En 1962, un nouveau programme, appliqué par l'intermédiaire du Conseil national de recherche, a assuré l'octroi d'une aide financière à frais partagés, la contribution du gouvernement allant jusqu'à la moitié du coût de certaines entreprises. En 1962 aussi, les sociétés qui s'engageaient à accroître la recherche industrielle au Canada ont été autorisées à déduire 150 p. 100 de l'accroissement des sommes dépensées pour la recherche scientifique d'ordre industriel[1].

Il n'y a guère de raison, semble-t-il, de penser que l'abolition des brevets au Canada aurait quelque effet sur l'activité qui s'exerce en matière de recherche aux États-Unis et en Europe. D'autre part, les résultats de cette recherche ne fuiront pas le marché canadien, parce que celui-ci continuera de leur offrir des débouchés avantageux, comme il le fait déjà pour les articles non brevetés.

Après examen des faits et des autres raisonnements formulés pour ou contre le maintien du régime des brevets touchant les produits pharmaceutiques au Canada, nous en sommes arrivés à une conclusion semblable à celle de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce: «Notre Commission estime donc que le contrôle exercé sur les médicaments au Canada par les brevets nuit aux intérêts des consommateurs, puisqu'il permet aux distributeurs de médicaments d'exiger des prix trop élevés proportionnellement aux frais de production et de distribution des médicaments»[2].

Dans les circonstances, la ligne de conduite à suivre semble se ramener à l'alternative suivante: ou bien donner suite à la proposition présentée par la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce et recommander l'abolition des brevets à l'égard des médicaments au Canada, ou bien modifier le régime actuel des brevets touchant les médicaments en autorisant l'attribution de licences obligatoires d'importation et, en général, simplifier les méthodes relatives à l'attribution de licences obligatoires et apporter à la Loi sur les brevets une modification accordant aux gouvernements et aux organismes provinciaux le droit d'utiliser les inventions brevetées, droit qui est présentement réservé à la Couronne au nom du gouvernement du Canada.

---

[1] Comité pour l'avancement de la recherche créatrice dans l'industrie pharmaceutique et les industries connexes, *op. cit.*

[2] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 523 de l'anglais.

Nous sommes portés à suivre la seconde ligne de conduite qui tend à mettre tout en œuvre pour utiliser un régime de brevets modifié dans la poursuite des objectifs souhaités, soit la réduction du prix des médicaments au Canada, tout en favorisant la fabrication des médicaments au pays, lorsqu'une telle entreprise est motivée du point de vue économique.

Nous nous rendons compte, cependant, que, malgré des mesures qui peuvent être adoptées en ce sens, le prix des médicaments ne sera peut-être pas réduit d'une façon appréciable, et cela pour diverses raisons. Il n'est que juste, à notre avis, de prévenir l'industrie pharmaceutique que la nation espère que d'ici cinq ans le prix des médicaments pourra être abaissé au Canada à un niveau comparable à celui qui existe dans d'autres pays industrialisés du monde. Il est temps que l'industrie canadienne des médicaments comprenne qu'elle ne se trouve pas seulement sur le pied de toute autre industrie guidée par l'appât du gain, mais encore qu'elle s'occupe de produits essentiels à la santé et même à la vie. L'industrie doit donc avoir à cœur l'intérêt public en mettant à la disposition des Canadiens des médicaments de haute qualité au plus bas prix possible grâce à des méthodes économiques de production et de distribution.

Pour ces raisons, il peut être souhaitable que le gouvernement fédéral étudie l'à-propos de différer de cinq ans toute décision visant à donner suite aux recommandations de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce concernant l'abolition des brevets sur les médicaments, afin de s'assurer si d'autres mesures ne permettraient pas d'arriver aux mêmes résultats au cours de la période indiquée[1].

LOI SUR LES MARQUES DE COMMERCE

Le nom donné dans le présent rapport à une société commerciale établie au Canada est le même que celui qui est donné à cette société commerciale en divers autres pays. On n'a pas cherché à établir une distinction entre des sociétés apparentées; la société mère et sa filiale sont traitées comme la même société. La plupart des grandes sociétés pharmaceutiques d'envergure internationale font leurs affaires au Canada au moyen d'une société filiale ou apparentée constituée au Canada.

Les comparaisons internationales des prix des médicaments dont il a déjà été question révèlent que, dans certains cas, tel médicament qui se vend à un prix relativement élevé au Canada, se vend à un prix beaucoup plus bas dans d'autres pays où il porte la même marque de fabrique. On se demande alors pourquoi le produit n'est pas importé de ces pays au Canada aux mêmes bas prix. Il s'agit là, évidemment, de médicaments de marque et non pas de médicaments «génériques». Il va sans dire qu'une société mère ne tient pas à gâter le marché de sa filiale canadienne si elle peut s'en exempter; toutefois,

[1] Voir chapitre 2, recommandation 68.

cela n'explique pas pourquoi des importateurs canadiens indépendants ne négocient pas, par exemple, avec des grossistes étrangers l'achat de tels médicaments. Dans certains cas, l'écart de prix est si considérable que le tarif douanier ne semble pas susceptible, à lui seul, de décourager un tel marché. En outre, la réputation des grandes sociétés pharmaceutiques est telle que l'acceptation de leurs produits par les médecins ne poserait aucun problème, contrairement à ce qui arrive parfois au sujet des importations portant un nom générique. La question peut aussi se poser autrement: qu'est-ce qui permet de maintenir le prix des médicaments de marque au Canada au-dessus du prix des importations à leur débarquement?

Nous avons déjà parlé de la disposition de la Loi sur les brevets du Canada qui protège invariablement le détenteur d'un brevet relatif à un procédé de fabrication contre toute importation d'un produit fabriqué suivant le même procédé. Un autre obstacle important semble découler de ce que, d'après la Loi sur les marques de commerce, le propriétaire d'une marque de commerce canadienne peut monopoliser l'importation et la distribution de tout produit portant cette marque, peu importe qu'il se fabrique ou non au Canada.

Voici quelques observations de M. Harold G. Fox, C.R., sur la portée actuelle de la loi:

> Même si les injonctions interlocutoires sont rarement accordées dans les cas de contrefaçon des marques de commerce, il arrive qu'un ensemble de faits amènent le tribunal à interdire à un défendeur de continuer cette contrefaçon. Dans la cause *Remington Rand Limited contre Trans-World Metal Company Limited* la demanderesse, propriétaire au Canada de certaines marques de commerce intéressant les rasoirs électriques, vendait au Canada des rasoirs fabriqués aux États-Unis par la société mère et portant les marques de commerce en question. La défenderesse importait des États-Unis des rasoirs fabriqués par la même société et importait aussi d'Allemagne d'autres rasoirs fabriqués par une société associée avec la société mère américaine. Tous les rasoirs portaient une ou plusieurs des marques de commerce en cause et étaient vendus au Canada au titre de ces marques par la défenderesse. On a jugé que, nonobstant le rapport qui existait entre la demanderesse et la société mère des États-Unis, l'utilisation même des marques au Canada par la défenderesse constituait à première vue une forte présomption de contrefaçon qu'il fallait empêcher par injonction interlocutoire. Cette décision soulève évidemment d'intéressantes questions au sujet des sociétés américaines faisant des affaires directement ou par l'intermédiaire de filiales canadiennes. Il va sans dire que, si la société américaine est propriétaire de la marque de commerce au Canada, elle ne peut se plaindre que ses propres produits portant sa marque de commerce soient achetés aux États-Unis et importés au Canada. Toutefois, dans le cas où une filiale canadienne est propriétaire de la marque de commerce au Canada, on constate que, d'après le jugement rendu dans l'affaire ci-dessus, les produits de la société des États-Unis, même si la marque de commerce y est bien apposée aux États-Unis, ne peuvent être importés au Canada en contrefaçon de la marque de commerce appartenant à sa filiale canadienne[1].

[1] *Canadian Patent Reporter*, Toronto, *Canada Law Book Co., Ltd.*, janvier 1962, p. 192.

Nous ignorons dans quelle mesure les sociétés canadiennes de médicaments ont menacé les importateurs éventuels de poursuites en contrefaçon. Toutefois, la faculté d'intenter de telles poursuites gêne beaucoup les distributeurs indépendants qui voudraient importer des médicaments de marque. Il importe peu, semble-t-il, que les sociétés canadiennes de médicaments soient ou non, dans la plupart des cas, propriétaires des marques de commerce ou seulement des usagers inscrits, parce que les sociétés mères pourraient probablement transférer au besoin leurs marques de commerce canadiennes à leurs filiales canadiennes.

La Fédération canadienne de l'agriculture affirme que la protection découlant de la Loi sur les marques de commerce accroît le coût des médicaments et que, pour en réduire le prix, aucune marque de commerce ne devrait être concédée à l'avenir pour les médicaments vendus sur ordonnance[1]. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire en ce moment d'aller jusqu'à abolir complètement la protection découlant de la marque de commerce pour les produits pharmaceutiques, mais nous croyons qu'il serait peut-être souhaitable de modifier le régime des marques de commerce en ce qui concerne ces produits.

Un moyen d'atteindre cet objectif consisterait à modifier l'article 20 de la Loi sur les marques de commerce de façon à établir clairement qu'on ne saurait présumer contrefaçon, lorsque les médicaments en question sont fabriqués par une société connexe ou apparentée. La Loi sur les marques de commerce, article 2r, désigne comme sociétés connexes les «compagnies qui sont membres d'un groupe de deux ou plusieurs compagnies dont l'une, directement ou indirectement, a la propriété ou le contrôle d'une majorité des actions émises, avec droit de vote, des autres compagnies».

Une telle modification règlerait en grande partie le problème en cause, puisque ce sont ordinairement les exportations de distributeurs des États-Unis qui sont présentement écartées et que, presque dans tous les cas, la société mère qui fabrique aux États-Unis et la société filiale qui fabrique au Canada sont des sociétés connexes aux termes de la Loi.

La proposition aurait pour effet de permettre aux détaillants ou aux autres gros acheteurs canadiens d'acheter tel ou tel médicament des grossistes des États-Unis, ou de leurs distributeurs lorsque ces médicaments sont protégés par des marques de commerce et aux États-Unis et au Canada et que les prix en sont beaucoup plus élevés au Canada.

A l'heure actuelle, la société, l'institution ou le particulier du Canada qui achèteraient de tels médicaments aux États-Unis pourraient être accusés de contrefaçon sous l'empire de la Loi canadienne sur les marques de commerce. Les sociétés mères des États-Unis, cela se conçoit, peuvent tenter d'empêcher leurs distributeurs d'exporter leurs produits au Canada. Il est probable, cependant, qu'elles ne sauraient le faire sans contrevenir à la liberté du commerce aux États-Unis.

---

[1] Fédération canadienne de l'agriculture, mémoire présenté à la commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, relativement à une enquête sur la fabrication, la distribution et la vente des médicaments, mai 1961, p. 8.

Il s'agirait donc en définitive de favoriser une plus forte concurrence entre les filiales canadiennes des sociétés mères américaines et les distributeurs américains qui exportent au Canada, une telle concurrence ayant vraisemblablement tendance à baisser pour les Canadiens le prix de certains médicaments protégés sous l'empire de la Loi sur les marques de commerce, soit surtout des produits pharmaceutiques à prix élevés[1].

DROITS DE DOUANE

Quelques médicaments peuvent être importés au Canada en franchise; toutefois, la plupart sont assujettis à des droits divers. Certains médicaments font l'objet de dispositions précises dans les annexes au Tarif des douanes; en grande majorité, cependant, les importations relèvent des dispositions générales. Les médicaments simples d'une classe ou d'une espèce fabriquée au Canada sont imposables en vertu du numéro tarifaire 711. Les médicaments simples d'une classe ou d'une espèce non fabriquée au Canada sont imposables en vertu du numéro tarifaire 208t. Les associations et les mélanges de médicaments sont imposables en vertu du numéro 220. Voici le détail de ces numéros tarifaires:

Numéros tarifaires		Tarif de préférence britannique	Tarif de la nation la plus favorisée	Tarif général
208t	Tous les produits chimiques et pharmaceutiques, n.d., d'une espèce non produite au Canada	En franchise	15 p. 100	25 p. 100
220	Toutes les préparations médicinales et pharmaceutiques, composées de plus d'une substance, y compris les médicaments brevetés et spécialités pharmaceutiques, les teintures, les pilules, les poudres, les tablettes et les trochisques, les pastilles, les capsules remplies, les sirops, les cordiaux, les amers, les anodins, les toniques, les emplâtres, les liniments, les pommades, les onguents, les pâtes, les gouttes, les eaux, les essences et les huiles, n.d.:			
	(i) A l'état sec	17½ p. 100	25 p. 100	25 p. 100
	GATT (1/1/48)	—	20 p. 100	—
	(ii) A l'état liquide, lorsqu'ils contiennent au plus deux et demi pour cent d'esprit-preuve	20 p. 100	40 p. 100	40 p. 100

[1] Voir chapitre 2, recommandation 70.

Numéros tarifaires		Tarif de préférence britannique	Tarif de la nation la plus favorisée	Tarif général
	GATT (1/1/48)	17½ p. 100	—	—
	GATT (6/6/51)	—	20 p. 100	—
	(iii) Autres*	60 p. 100	60 p. 100	60 p. 100
	GATT (6/6/51)	—	25 p. 100	—
*	Tout article compris dans le présent numéro et renfermant plus de quarante pour cent d'esprit-preuve sera soumis au droit de par gallon	$3	$3	$3
	et	30 p. 100	30 p. 100	30 p. 100
	Ne sont pas compris dans le présent numéro les produits pharmaceutiques, la pâte à pilules et les préparations, à l'exception des pilules ou des emplâtres médicinaux, reconnus comme officinaux par la Pharmacopée anglaise ou celle des États-Unis, par le Formulaire canadien ou par le Codex français.			
711	Tous les produits non dénommés dans la présente liste comme étant soumis à quelque autre droit, ni autrement déclarés admissibles en franchise, et dont l'importation n'est pas prohibée par la loi	15 p. 100	25 p. 100	25 p. 100
	GATT (1/1/48)	—	20 p. 100	—

Comme ce sont là, dans tous les cas, des droits *ad valorem* plutôt que des droits spécifiques, il est évident que la valeur à attribuer au produit importé est de la plus haute importance. Afin de protéger les fabricants canadiens de produits de même classe ou de même espèce que les produits importés contre la concurrence déloyale des prix trop bas, l'évaluation douanière ne doit pas être inférieure à la juste valeur marchande dans le pays d'origine. La juste valeur marchande se définit comme étant le prix auquel les biens se vendent en quantités semblables ou à peu près semblables dans le cours ordinaire du commerce, sous le régime de la concurrence et en vue de la consommation nationale, aux acheteurs qui traitent avec un vendeur tout à fait étranger et qui se trouvent au même ou à peu près au même niveau commercial que l'importateur. Il va sans dire que l'établisse-

ment de la juste valeur marchande peut présenter des difficultés considérables. Voici ce que dit à ce sujet la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce:

> ... Au cours de son témoignage, M. J. S. Deachman, évaluateur au ministère du Revenu national, a signalé que beaucoup de fabriques de produits pharmaceutiques au Canada sont des filiales de compagnies américaines et peuvent obtenir de la compagnie mère des quantités de médicaments de base ou de médicaments transformés. Si la compagnie américaine achète un produit chimique en grande quantité et en passe ensuite une partie à la filiale canadienne, la valeur imposable serait fondée sur le prix de vente de la quantité fournie à la compagnie canadienne. S'il n'existe aucun prix commercial pour cette quantité, le prix de l'unité payé par la compagnie américaine serait alors augmenté de 5 p. 100, aux fins de l'évaluation douanière. Si la compagnie américaine transforme le produit chimique avant de le fournir à sa filiale canadienne, la valeur aux fins de la douane augmenterait de 50 p. 100 afin d'inclure les composants ajoutés, la main-d'œuvre et les frais généraux. Si le produit pharmaceutique arrive au Canada en vrac sous forme de produit fini prêt à l'emballage, l'évaluation aux fins tarifaires serait le coût original du matériel majoré jusqu'à 75 p. 100; si le produit est importé en paquets et sous forme achevée mais sans étiquette, l'étiquetage devant se faire au Canada, le coût serait majoré jusqu'à 100 p. 100. On effectue ces évaluations en vertu de l'article 38 de la Loi sur les douanes, lorsqu'il n'y a pas de prix commercial courant pour les quantités ou les formes précises dans lesquelles la compagnie mère des États-Unis les fournit à sa filiale canadienne[1].

Pour ce qui est du classement des médicaments aux fins des droits de douane, il est évident que le médicament qui est spécifiquement prévu au Tarif des douanes ne pose aucun problème. Lorsqu'il est nécessaire, aux fins du classement, d'interpréter le sens de l'expression «une espèce non produite au Canada», on s'en tient à une interprétation rigoureuse de cette expression. Par exemple, un produit chimique importé devrait être exactement le même et être de même qualité que la production nationale pour être rangé dans une classe tarifaire supérieure. Lorsqu'il s'agit de l'application d'un droit antidumping, le mot «espèce» prend une signification beaucoup plus large[2].

Après avoir examiné à fond la portée des dispositions antidumping du Tarif des douanes pour l'industrie des produits pharmaceutiques, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a formulé les observations suivantes:

> Les droits antidumping s'appliquent aux médicaments qui sont considérés comme étant d'une classe ou d'une espèce déjà fabriquée au Canada, lorsque le prix de vente du produit importé est plus bas que son juste prix marchand dans le pays d'origine. Le droit de douane est

[1] Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 176 de l'anglais.

[2] *Ibid.*, p. 175.

égal à la différence entre les deux. Lorsqu'il existe un marché établi dans le pays d'origine, c'est leur prix-courant sur ce marché qui détermine la juste valeur marchande. Si ce marché n'existe pas, par exemple dans le cas de médicaments importés sous leur forme brute ou à l'état de produits partiellement transformés, en vrac, ou sans étiquettes, alors qu'ils se vendent uniquement comme produits achevés dans leur pays d'origine, ou lorsqu'ils se vendent uniquement aux marchands de gros ou de détail dans leur pays d'origine et sont importés à titre de produits achevés par des compagnies canadiennes, ou encore lorsque l'exportateur étranger a déjà fabriqué ou acheté une grande quantité de ces produits dont l'importateur canadien n'achète qu'une petite quantité, dans de tels cas les droits de douane seront fixés selon que le ministre du Revenu national le décidera en vertu de l'article 38 de la Loi sur les douanes.

La section 2 du chapitre IX et la section 1 du chapitre XIX indiquent que les dispositions antidumping appliquées aux transactions entre les compagnies mères et les succursales font parfois monter les prix des médicaments vendus au Canada à un niveau plus élevé que ceux du pays d'origine, ou bien elles créent un déséquilibre entre les marges de bénéfice des sociétés intéressées. Cette situation survient, lorsque dans le pays d'origine, un médicament quelconque se vend aux seuls marchands de gros ou de détail, alors qu'il est importé à titre de produit fini par les filiales canadiennes de la compagnie exportatrice. En pareils cas, le juste prix marchand se fonde sur le prix de vente aux marchands de gros et de détail dans le pays exportateur et le prix de produit au même niveau sera plus élevé au Canada que dans le pays exportateur selon le bénéfice que la succursale canadienne veut réaliser pour compenser ses frais d'exploitation. Les marges de bénéfice de la société mère et de la filiale sont en déséquilibre dans la proportion où la marge de bénéfice de la filiale est inférieure au pourcentage normal. Même dans les cas extrêmes où la filiale vend à perte, il est probable que l'ensemble des transactions est profitable et que les bénéfices de la société mère sont plus que suffisants pour compenser la perte subie par la filiale.

On a déclaré à la Commission que les dispositions antidumping ne sont que rarement appliquées aux médicaments. Une société américaine qui n'est pas au courant des règlements antidumping du Canada, verra peut-être sa première expédition de marchandises assujettie aux droits antidumping, mais elle ne se fera pas prendre une seconde fois. La plupart des sociétés américaines qui se proposent d'exporter quelque nouveau médicament à leurs succursales canadiennes s'adressent d'ordinaire à la Division des douanes du Canada pour lui exposer la situation et lui demander ensuite de fixer le juste prix marchand établi aux États-Unis. Ensuite la société fixe le prix qu'elle exigera de la filiale canadienne à un niveau au moins aussi élevé que le juste prix marchand déterminé qui peut fort bien dépasser celui que la filiale aurait payé, n'eussent été les règlements sur les droits antidumping. En pareils cas, l'application des règlements sur les droits antidumping a pour effet d'augmenter le gain de l'exportateur américain et non d'en faire profiter le Trésor public du Canada.

Dans quelle mesure les dispositions des droits antidumping protègent-elles les fabricants des médicaments contrôlés au Canada, et en particulier ceux qui fabriquent des antibiotiques et des tranquillisants? Le Livre vert indique au paragraphe 112, page 78, que l'industrie pharmaceutique du Canada est presque entièrement sous le contrôle des filiales de sociétés étrangères, dont la plupart sont américaines. Depuis l'achat de la maison *Frank W. Horner Limited* par la *Carter Products Inc.*, la société *Charles E. Frosst & Co.* est la seule compagnie indépendante du

> Canada qui soit d'importance comparable aux grandes succursales américaines de notre pays. A l'époque des audiences, il n'y avait qu'une faible partie des antibiotiques et des tranquillisants de base à être fabriqués au Canada. La plus grande partie des médicaments de base de cette catégorie étaient importés, les industriels canadiens se bornant à les raffiner, à préparer leur forme de présentation et à les emballer . . .
>
> Aux fins des dispositions antidumping, chaque catégorie (les antibiotiques et les tranquillisants) est considérée comme une classe. Vu qu'au moins un tranquillisant, le méprobamate, et un antibiotique, le chloramphénicol, sont fabriqués au Canada, tous les tranquillisants et tous les antibiotiques sont assujettis aux dispositions antidumping, quand ils sont importés sous leur forme de présentation finale. On a cependant fait savoir à la Commission que les antibiotiques peuvent être exclus, lorsqu'ils sont importés en vrac sous forme de médicaments de base et quand ils doivent servir à la fabrication de préparations pharmaceutiques qui ne sont pas considérées comme étant d'une même classe ou d'une même espèce qu'un autre antibiotique fabriqué au Canada.
>
> Vu ce qui précède, la Commission est portée à croire qu'en matière de médicaments contrôlés et surtout relativement aux antibiotiques et aux tranquillisants, les règlements antidumping tendent parfois à faire augmenter les frais de certains importateurs canadiens sans pour cela offrir une plus grande mesure de protection au fabricant canadien[1].

Nous constatons que les droits de douane qui frappent les médicaments et l'équipement servant à la recherche, à l'application et à la fabrication haussent le prix de revient des médicaments vendus au Canada et aboutissent, en fin de compte, à cause du régime de distribution pratiqué au pays, à alourdir le fardeau des prix pour le consommateur qui doit acheter ces produits.

Si nous voulons réduire les prix des produits pharmaceutiques au Canada, tout en conservant à ces produits leur haute qualité, il y a lieu, croyons-nous, de reviser les numéros tarifaires qui s'appliquent actuellement aux médicaments et à l'équipement servant à la recherche, à l'application et à la fabrication.

Nous nous préoccupons surtout des médicaments qui s'inscriraient dans le cadre d'un régime national de santé et dont le coût serait partagé entre le consommateur et le contribuable. Nous croyons que le gouvernement ne devrait rien négliger pour épargner de l'argent et au contribuable et au consommateur et ainsi servir au mieux l'intérêt public.

C'est pourquoi il peut être souhaitable que la Commission canadienne du tarif examine toute la question des droits de douane qui frappent les médicaments et l'équipement servant à la recherche, à l'application et à la fabrication en vue d'établir quels sont les droits applicables à tel ou tel article qu'il est possible de réduire ou d'abolir sans causer de torts graves à des sociétés établies et estimées qui fabriquent des médicaments au Canada. Il faudra peut-être reviser aussi les dispositions administratives concernant la réglementation antidumping intéressant les médicaments[2].

---

[1] *Ibid.*, pp. 505-507 de l'anglais.

[2] Voir chapitre 2, recommandation 72.

AUTRES MESURES LÉGISLATIVES

La vente et la distribution des médicaments sont régies par des lois fédérales et provinciales précises qui chevauchent dans une certaine mesure. La distinction fondamentale qui existe entre les deux, c'est que les lois provinciales visent avant tout les pharmacies et les pharmaciens, tandis que les lois fédérales visent avant tout les médicaments. Les trois mesures législatives fédérales les plus importantes sont la Loi sur les aliments et les drogues, la Loi sur l'opium et les drogues narcotiques, et la Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou les médicaments brevetés. Cette dernière ne se rattache pas aux médicaments vendus sur ordonnance, c'est pourquoi nous ne nous y arrêtons pas. Nous nous arrêterons plus loin aux deux autres lois dans la mesure où elles se rapportent aux plaintes que nous avons reçues.

Les lois touchant la pratique de la pharmacie et réglementant la tenue et la vente des médicaments varient d'une province à l'autre. L'objet fondamental des lois provinciales sur la pharmacie est d'établir la compétence professionnelle requise des pharmaciens et de concentrer la composition, la préparation et la vente de certains produits pharmaceutiques dans les pharmacies ou les hôpitaux.

Chacune des lois provinciales précise que, «sauf dispositions contraires», personne, à moins d'être pharmacien, ne peut exécuter des ordonnances[1]. Font ordinairement exception les médecins, les dentistes et les vétérinaires qui peuvent en remplir pour leurs clients. Les lois provinciales précisent les cours d'étude et les conditions d'examen et d'apprentissage requis pour l'immatriculation des aspirants pharmaciens. Ordinairement la loi provinciale confie à un collège de pharmaciens le soin de régir la pratique de la pharmacie dans la province conformément aux exigences générales de la loi. Certaines provinces comptent, outre l'organisme directeur, des associations professionnelles distinctes qui exercent leur activité sur le plan local ou à l'échelle provinciale. Même lorsqu'il existe une association professionnelle distincte d'envergure provinciale, l'organisme directeur officiel joue un double rôle. Il exerce son rôle statutaire (attribution de licences, etc.) mais, en outre, il se préoccupe du bien-être économique des pharmaciens sur le plan commercial, activité typique d'une association professionnelle. Le Directeur des enquêtes et de la recherche (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions)[2] et aussi la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce s'inquiètent d'un conflit d'intérêts dans un organisme qui remplit les deux fonctions. Il n'est pas difficile d'envisager un conflit entre le souci que l'organisme directeur doit avoir des normes professionnelles et le souci que lui cause la concurrence des prix. La possibilité d'un conflit devient plus évidente peut-être dans le cas du contrôle qu'exercent les membres de la

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

[2] Livre vert, p. 12.

profession sur les conditions d'admission de nouveaux concurrents. En Ontario, par exemple, personne ne peut tenir une pharmacie à moins d'être pharmacien licencé ou, s'il s'agit d'une société, à moins que la majorité des administrateurs ne soient des pharmaciens et, en outre, à moins que la majorité de chaque catégorie d'actions n'appartiennent à des pharmaciens et soient inscrites en leur nom. Il va sans dire que cela empêche la plupart des sociétés, y compris les grands magasins et les magasins à succursales multiples, de tenir eux-mêmes des pharmacies[1].

Ne se limitant pas à établir un régime d'attribution de licences de pharmacien professionnel, les lois provinciales sur la pharmacie prévoient aussi certaines restrictions concernant la vente des médicaments. En ce qui concerne la présente étude, nous pouvons dire que trois principales sortes de médicaments sont en cause. Tout d'abord, il y a un groupe de médicaments qu'on ne peut vendre que sur ordonnance. Ce groupe comprend tous les médicaments dont la loi fédérale assujettit la distribution à une ordonnance du médecin. Il comprend aussi d'autres médicaments qui, de l'avis des autorités provinciales, ne sauraient être distribués sans la sauvegarde d'une ordonnance médicale. Ce groupe supplémentaire de médicaments varie d'une province à l'autre. Un second groupe principal de médicaments ne peut se vendre qu'à des personnes connues du pharmacien licencié, et tout acheteur de ces médicaments doit signer un registre de ventes tenu à cette fin. On dit ordinairement de ce groupe qu'il est de la famille des poisons. Le troisième groupe principal de médicaments est formé de préparations pharmaceutiques qui ne peuvent être tenues que par un pharmacien licencié, mais dont la vente au public est permise[2].

Le gouvernement du Manitoba nous a signalé que les règlements présentement appliqués en vertu de la Loi sur les stupéfiants et de la Loi sur les aliments et les drogues créent des difficultés aux hôpitaux en ce qui concerne la préparation des ordonnances. Nous citons ce témoignage:

> ... Le coût des ordonnances ressortissant au régime d'assurance-médicale est très différent selon qu'elles sont exécutées par les pharmacies d'hôpitaux ou par les pharmacies de détail. Bien que l'hôpital jouisse de certains privilèges en matière d'achat en comparaison des pharmacies de détail, on estime que ces avantages ne suffisent pas à expliquer l'écart qui existe entre le coût moyen de l'ordonnance d'hôpital ($1.58) et le coût moyen de l'ordonnance de la pharmacie de détail ($2.82 et $3.07). Il est évident que l'État peut épargner de l'argent s'il encourage les bénéficiaires de l'assurance-maladie à faire préparer leurs ordonnances à la pharmacie de l'hôpital général. Cette pratique se trouve gênée, cependant, par les règlements édictés en vertu de la Loi sur les stupéfiants et de la Loi sur les aliments et les drogues qui interdisent aux pharmacies d'hôpitaux l'exécution d'ordonnances contenant une drogue narcotique ou réglementée. Non seulement élimine-t-on ces ordonnances, mais les béné-

[1] *Ibid.*, p. 9.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, *op. cit.*

ficiaires du régime de soins médicaux, à mesure qu'ils se rendent compte de la limitation des services que les hôpitaux sont autorisés à rendre, tendent à se tourner vers les pharmacies de détail[1].

Le gouvernement du Manitoba est d'avis que nous pouvons formuler la recommandation suivante: «*Il y a lieu de modifier la Loi sur les aliments et les drogues et la Loi sur les stupéfiants de façon que, moyennant un contrôle approprié, les pharmacies d'hôpitaux soient autorisées à préparer les ordonnances du régime d'assurance médicale contenant des drogues narcotiques et réglementées*»[2]. Cette recommandation nous agrée d'une manière générale et nous le signalons au chapitre 2[3].

MODÉRATION SPONTANÉE DES PRIX

Nous avons déjà signalé que, dans bien des institutions, les sommes dépensées en médicaments peuvent imposer un lourd fardeau aux familles que frappent durement des maladies prolongées ou particulières qui réclament des médicaments à prix élevé. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, cependant, ne partage pas ce point de vue, et elle a publié à ce sujet une déclaration selon laquelle le prix des médicaments fabriqués au Canada est proportionné au pouvoir d'achat du travailleur canadien et à l'économie du pays[4].

A notre avis, le prix des médicaments devrait être le plus bas possible, compte tenu de la qualité du produit et des frais raisonnables de production et de distribution au pays. Nous estimons donc qu'un des objectifs de l'industrie devrait être de ne rien négliger pour réaliser des économies dans la production et la distribution des médicaments afin de pouvoir en rapprocher les prix de ceux qui ont cours dans d'autres pays industrialisés, tout en conservant la qualité satisfaisante.

Nous avons déjà dit, dans le présent chapitre, a propos des brevets portant sur les médicaments, que le gouvernement canadien peut prévenir l'industrie des produits pharmaceutiques que, d'ici cinq ans, il espère qu'elle tentera d'ardents efforts en vue de réduire les prix des médicaments à un niveau comparable à celui qui a cours dans d'autres pays industrialisés et aussi acceptable au public canadien, lorsque la chose peut se faire, par des méthodes de production et de distribution plus efficaces sans nuire à la qualité des produits pharmaceutiques en usage au Canada. Nous avons ajouté que, si le Canada adoptait un régime pharmaceutique national, il deviendrait essentiel que l'industrie s'efforce de réduire les prix afin de ne pas alourdir le régime de frais exagérés et inutiles.

---

[1] Gouvernement du Manitoba, *op. cit.*

[2] *Ibid.*

[3] Voir chapitre 2, recommandation 79.

[4] Déclaration de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, *Globe and Mail*, Toronto, 9 novembre 1963.

Nous estimons que l'industrie des produits pharmaceutiques au Canada devrait à cette fin étudier les moyens de pratiquer une modération spontanée dans les prix des médicaments. L'industrie pharmaceutique du Royaume-Uni réussit fort bien sur ce point.

En juin 1957, le ministère britannique de la Santé a conclu avec l'industrie des produits pharmaceutiques une entente visant à assurer, par le concours spontané de l'industrie, la réglementation des prix des médicaments. Le programme fut à l'essai pendant trois ans. Parmi ses principales dispositions figuraient les suivantes:

(i) Si une préparation a une forte proportion d'exportations (20 p. 100 ou plus de la production), le prix au pays ne doit pas dépasser le prix d'exportation.

(ii) Si une préparation qui n'est pas exportée en quantité considérable a un équivalent normal exact, le prix n'en doit pas être plus élevé que celui de l'équivalent;

(iii) Le prix maximum autorisé pour les autres préparations doit être calculé suivant la formule du prix commercial spécialement établie à cette fin. Cette formule ajoute pour former le prix total à une somme de départ proportionnée aux ingrédients de base certaines autres indemnités de frais supplémentaires de transformation et d'emballage ainsi que la marque de remise des grossistes.

(iv) Tout fabricant est libre de négocier un prix séparément avec les services de santé s'il juge les formules de prix inappropriées ou si, pour une raison ou pour une autre, aucune des formules n'est applicable. Voici d'autres aspects du régime:

a) «Engagement»

(v) Parce que les prix découlant de l'utilisation des formules sont parfois plus élevés que les prix courants, l'Association des pharmaciens britanniques a pris l'engagement de ne pas hausser dans ces cas les prix courants, sauf lorsque l'accroissement du prix de revient justifie une telle hausse.

b) «Liberté de trois ans»

(vi) Le régime ne s'applique à une préparation que lorsque celle-ci est sur le marché depuis trois ans (pendant ces trois ans le prix en est laissé à la discrétion du fabricant).

Tout le régime est à l'essai pendant trois ans, après quoi les services de santé et l'Association des pharmaciens britanniques sont libres de l'examiner à la lumière de l'expérience[1].

En 1959, la commission Hinchliffe a examiné l'efficacité du programme et a conclu que l'essai avait été très heureux et pour l'industrie et pour le grand public; elle avait fait épargner des sommes considérables au contribuable britannique sous le régime des produits pharmaceutiques.

La commission Hinchliffe a conclu: «A notre avis, ce régime est très utile parce qu'il permet de remplacer par une entente commerciale le jeu ordinaire de l'offre et la demande qui n'est pas du tout satisfaisant dans ce domaine. C'est un grand pas en avant, à notre avis, que l'industrie reconnaisse et accepte la nécessité d'une réglementation des prix[2]». La modération

[1] Rapport final du comité d'enquête sur le coût des ordonnances, *op. cit.*, pp. 69-70.
[2] *Ibid.*, p. 70.

spontanée des prix des produits pharmaceutiques sur une forme modifiée, est maintenue au Royaume-Uni[1].

Les méthodes de distribution des médicaments et le cadre institutionnel en usage au Canada sont bien différents de ceux du Royaume-Uni. Néanmoins, l'industrie canadienne des médicaments aurait peut-être avantage à examiner les moyens et les méthodes pratiquées par l'industrie pharmaceutique du Royaume-Uni afin de s'assurer s'il est possible d'en adapter certains résultats au milieu canadien. Une telle étude pourrait être entreprise de concert par l'industrie des produits pharmaceutiques et par le gouvernement canadien, avec l'appui du Comité consultatif canadien des drogues et de tout gouvernement provincial désireux d'y participer, en vue de jeter les bases d'une modération spontanée du prix des médicaments appelée à se réaliser au Canada au cours des cinq prochaines années[2].

Nous soulignons que tout effort destiné à établir un régime de modération spontané du prix des médicaments et bien adapté aux exigences du marché canadien nous paraît être un complément de la ligne de conduite que les gouvernements devraient adopter dont il a déjà été question dans le présent chapitre et qui a été précisée, au chapitre 2[3].

---

[1] Le programme modifié est entré en vigueur en janvier 1961 et le restera jusqu'au 30 juin 1964. Grande-Bretagne, *Rapport du ministère de la Santé, 1960*, 1re partie, Services de santé et de bien-être social, «Command paper 1418», Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1961, p. 75.

[2] Voir chapitre 2, recommandation 73.

[3] Voir chapitre 2, recommandations 64-72.

18

Assurance-maladie et action publique

OBJECTIFS ET MÉTHODES DE L'ASSURANCE-MALADIE

Comme nous l'expliquons au chapitre 10, la question du paiement des services de santé en est une d'ordre public depuis la première Grande Guerre. Une partie importante de la question s'est résolue en 1957 quand l'assurance-hospitalisation universelle est devenue charge conjointe des gouvernements fédéral et provinciaux.

La question du paiement par anticipation des services médicaux a été à la fois celle qui a été la moins et la plus controversée devant la Commission. On était presque complètement unanime à reconnaître que l'assurance médicale devait être accessible à tous. Comme l'ont dit les porte-parole de l'Association médicale canadienne, «l'assurance destinée à payer par anticipation le coût des services médicaux devrait être accessible à tous sans égard à l'âge, à l'état de santé ou à la situation de fortune»[1]. Les porte-parole des groupements de «consommateurs», des *Trans-Canada Medical Plans,* de l'industrie des assurances et des professions sanitaires ont presque tous affirmé qu'une action publique s'imposait pour assurer la réalisation de l'objectif souhaité. D'autre part, cependant, les avis étaient fort différents quant à la méthode à employer et à l'étendue de l'action publique à exercer.

Il est malheureux que l'accent qu'on a tellement mis sur le paiement des services des médecins et chirurgiens ait eu pour effet de masquer qu'il importe d'étendre l'assurance à toute la gamme des services de santé.

La Commission doit forcément se préoccuper non seulement des services médicaux, mais de tous les services. D'autres s'en préoccupent comme elle. Cela s'est vu manifestement dans les mémoires qui nous ont été présentés et au cours de nos audiences. On différait d'avis, cependant, quant à la méthode à employer et à l'étendue de l'action publique à exercer. Les nombreux mémoires qui ont abordé la question de savoir comment assurer et payer les services de santé ont fait valoir trois méthodes connexes mais fondamentalement différentes: *a*) assurance, *b*) paiement par anticipation et *c*) services de santé.

---

[1] L'Association médicale canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

Assurance

Le meilleur exemple de cette méthode est le contrat d'indemnisation souscrit par les sociétés d'assurance commerciales. Le contrat est passé entre la société et l'assuré qui touche une indemnité déterminée lorsqu'il reçoit les services médicaux ou chirurgicaux prévus au contrat. D'ordinaire, le malade acquitte une partie des frais («quote-part» ou «coassurance»). Il n'existe pas de relation directe entre la société et les fournisseurs de services.

La relation intervient presque exclusivement entre la société et le consommateur de services et elle vise à aider ce dernier à payer une partie ou la totalité de ses dépenses d'ordre médical ou chirurgical (et parfois d'autres dépenses). Il n'incombe pas à la société comme telle de s'occuper surtout de la fourniture des ressources sanitaires.

La population se range, pour les fins de cette méthode, dans deux catégories[1]:

> les «assurables» (ceux qui représentent des risques que l'assureur peut assumer) et les «non-assurables» (les malades chroniques, les handicapés physiques et les vieillards, ou ceux qui représentent des risques anormaux)[2].

Les *assurés* se subdivisent à leur tour en deux groupes:

a) ceux qui peuvent payer les primes à l'aide de leur propre revenu et
b) ceux qui ne peuvent payer une partie ou la totalité des primes et que le gouvernement, sans doute, doit subventionner.

Paiement par anticipation

On a un exemple de cette méthode dans le contrat de «service» des régimes établis sous les auspices de la profession médicale. Sauf dans le cas des régimes qui autorisent des «frais supplémentaires», il intervient d'habitude peu de transactions financières entre malade et médecin; le régime paye directement au médecin ses honoraires. Le régime de paiement par anticipation ne se préoccupe pas particulièrement lui non plus de la disponibilité des services[3]; comme la société d'assurance commerciale, il laisse la question de la disponibilité des ressources sanitaires au jeu du marché.

A cause du paiement par anticipation, il va de soi que la demande effective de services augmente, de même que le nombre de médecins susceptibles d'être attirés vers des régions où le régime couvre un grand nombre

[1] Pour plus amples détails, voir C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 3.

[2] Les «non-assurables» peuvent s'assurer dans plusieurs cas, mais à un prix que relativement peu peuvent payer.

[3] Les régimes de paiement par anticipation rendent les services médicaux meilleur marché, mais ils ne se préoccupent pas surtout d'assurer un effectif suffisant de médecins dans les secteurs où il en manque.

de gens[1]. Même si les régimes de «services» n'établissent pas tout à fait la même distinction entre «assurables» et «non-assurables» dans le cas des adhérents isolés, ils imposent tous des restrictions d'âge et des stages afin de se protéger contre un choix de risques défavorables. Ces limitations sont réduites depuis quelques années[2].

La population se range, pour les fins de ces régimes, en deux catégories:

a) les personnes qui peuvent payer elles-mêmes toute la prime et

b) celles qui ont besoin d'une subvention, sans doute publique.

Services de santé

Cette méthode, préconisée surtout par des groupements de consommateurs, fait état de ce que le marché ne constitue pas un bon mécanisme pour assurer l'existence et l'obtention de services de santé. Ces groupements font valoir que tout comme pour les soins hospitaliers, on doit planifier et organiser les ressources de la nation de façon à assurer tous les services de santé où ils s'imposent pour relever le niveau de santé de toute la nation. Ils demandent instamment qu'on vise de plus vastes objectifs, c'est-à-dire qu'on pourvoie aux services préventifs, aux ordonnances, aux services dentaires et aux soins à domicile, ainsi qu'aux conséquences financières de la maladie ou d'un traumatisme.

Cette méthode n'a que faire de ce que les gens soient assurables ou non. Tous les citoyens devraient être assurés, et ceux que l'assurance privée estime non assurables ont besoin d'être assurés plus encore que les autres. La fiscalité est le moyen à employer pour mettre les frais directs de l'assurance-maladie à la portée de tous les citoyens.

Étendue de l'action des pouvoirs publics

En plus de différer d'avis sur les objectifs et les méthodes propres à les réaliser, on ne s'entend pas non plus sur le rôle des pouvoirs publics dans le domaine des services de santé. La question s'est posée sous deux formes, savoir la nature des subventions publiques et la participation obligatoire aux régimes de soins de santé.

On a fait valoir deux méthodes de subventionnement. Selon la première, il faut *subventionner les chefs de famille ou les personnes seules* qui ont besoin d'aide pour acquitter les primes d'une société d'assurance ou d'un régime de paiement par anticipation, c'est-à-dire qu'il faut—après avoir établi une prime qui couvrirait le coût de la prestation de soins médicaux à tous les citoyens—déterminer quels sont les gens qui ne peuvent payer la prime, et les admettre à bénéficier d'une aide sur justification de leur indigence.

---

[1] On en a un exemple dans le régime médical de Swift Current où l'avènement de l'assurance universelle a fait presque doubler l'effectif de médecins.

[2] Voir renvoi 2, p. 728.

Selon l'autre méthode, les gouvernements devraient prendre le régime en charge et *subventionner la caisse d'assurance* au moyen des recettes fiscales générales afin de mettre les primes à la portée de presque tous les citoyens, ou de les supprimer complètement comme le font les provinces qui financent leur régime d'assurance-hospitalisation au moyen des recettes générales ou de la taxe de vente. La justification d'indigence ne serait nécessaire que dans le cas des assistés, sinon elle poserait des problèmes à cause du grand nombre et des diverses classes de personnes en cause.

Ces deux méthodes font donc surgir deux questions. La première est une question de principe et la seconde, une question d'ampleur de la tâche à réaliser. Les avis diffèrent sur les deux questions. Il y a d'abord certains groupes (comme la profession médicale[1], les sociétés d'assurance[2] et l'Association des manufacturiers canadiens[3]) qui préconisent la justification d'indigence dans le cas des gens qui ont besoin d'assistance. Les porte-parole de groupements de consommateurs, c'est-à-dire ceux qui seraient assujettis à la justification d'indigence, s'y opposent. Ces groupements comprennent la *Canadian Federation of Agriculture*[4] et le Congrès du Travail du Canada[5] qui s'élèvent contre le stigmate de la justification, l'inégalité de son application et ses frais d'administration. Ensuite, on ne s'entend pas sur le nombre de Canadiens qui devraient justifier de l'insuffisance de leurs ressources. L'association médicale canadienne[6] avance un chiffre de près de 3,000,000 quant aux seuls soins médicaux. D'autres croient que le nombre en sera beaucoup plus élevé.

Les avis diffèrent également en ce qui concerne la participation obligatoire au régime de services de santé fédéral-provincial. La nécessité de cette mesure, ceux qui représentent les consommateurs la reconnaissent et y souscrivent; et s'y opposent ceux qui représentent les médecins, les dentistes, les régimes de paiement par anticipation et l'industrie des assurances.

Ces méthodes semblent donc présenter trois points qui sont contestés:

1. l'aptitude de l'assurance privée à offrir une couverture universelle et complète.
2. les problèmes du subventionnement, y compris celui de déterminer le nombre de personnes dont il faut évaluer le revenu.
3. la question de l'obligation.

Nous examinons ci-après divers aspects de ces points.

---

[1] Association médicale canadienne, *op. cit.*

[2] *Canadian Health Insurance Association*, mémoire supplémentaire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, p. 54.

[3] Association des manufacturiers canadiens, *op. cit.*

[4] *Canadian Federation of Agriculture, op. cit.*, p. 11.

[5] Congrès du Travail du Canada, *op. cit.*

[6] Association médicale canadienne, *The Cost and Ability to Pay for Medical Services Insurance in Canada and Its Provinces, Department of Medical Economics*, Toronto, 1962, p. 22.

APTITUDE DE L'ASSURANCE PRIVÉE À RÉALISER UNE COUVERTURE UNIVERSELLE ET COMPLÈTE

Le premier point porte sur l'aptitude de l'assurance privée à réaliser une couverture universelle et sur les frais que cela occasionnerait. Pour en décider, il faut examiner avec soin le nombre des assurés, la somme et la nature de la couverture actuelle, les avantages assurés et le prix qu'il en coûte pour s'assurer. Il faut souligner que, à l'exception de ceux qui se sont assurés contre les «grandes dépenses médicales», il s'agit presque exclusivement ici des seuls services médicaux, et non pas de toute la gamme des services de santé.

Nombre des assurés

Combien de personnes au juste ont une assurance qui leur garantit des services de santé?

Voici ce qu'on peut affirmer d'après les chiffres du tableau 18-1 et les données du chapitre 10:

(1) En 1961, sur les 18.2 millions de Canadiens, environ 10.7 millions avaient une assurance ou souscrivaient à un régime de paiement par anticipation d'ordre médical.

Ils se répartissaient comme il suit:

	milliers
a) Assurance commerciale et régimes de paiement par anticipation (soins médicaux et chirurgicaux en hôpital et hors d'hôpital relativement complets)	4,776
b) Assurance commerciale et régimes de paiement par anticipation[1] (grandes dépenses médicales; couverture relativement complète de tous les services de santé, sauf les soins dentaires)	1,871
c) Assurance commerciale et régime de paiement par anticipation (avantages limités[2])	2,978
d) Assistés	500
e) Services armés, Gendarmerie royale canadienne, Indiens, Esquimaux et pensionnaires d'institutions	500
f) Région sanitaire de Swift Current	50
Total	10,675

(2) Plus de 7.5 millions de Canadiens n'avaient aucune assurance médicale.

[1] Non compris les grands contrats médicaux conçus pour s'ajouter à d'autres contrats médicaux et chirurgicaux qui sont plus fondamentaux. Ceux-ci sont compris dans c). Les conséquences de ce rajustement seraient qu'en 1961 un nombre total de 1.3 million de personnes compris dans c) jouissaient d'une couverture relativement complète.

[2] Y compris un nombre indéterminé de Canadiens qui avaient droit à des avantages supplémentaires se rattachant aux «grandes dépenses médicales».

TABLEAU 18-1 EFFECTIFS DE L'ASSURANCE MÉDICALE ET DES RÉGIMES DE PAIEMENT PAR ANTICIPATION, PERSONNES À CHARGE, SELON LA COUVERTURE ET LA CLASSE D'ASSUREUR, CANADA, 1961

Classe d'assureur	Genre de couverture						
	Chirurgie seulement (1)	Soins médicaux seulement (chirurgie exclue) (2)	Chirurgie et soins médicaux en hôpital (3)	Chirurgie et soins médicaux (hôpital, clinique, domicile et cabinet) (4)	Grandes dépenses médicales (toutes ou essentielles) (5)	Grandes dépenses médicales, supplément (6)	Total (dans le supplément pour grandes dépenses médicales) (7)
Contrats collectifs							
Sociétés par actions							
Particuliers*	68,735	327	175,839	285,066	128,950	174,927	658,917
Personnes à charge	114,522	642	317,756	526,772	236,592	321,742	1,196,284
Total	183,257	969	493,595	811,838	365,542	496,669	1,855,201
Mutuelles							
Particuliers	85,653	8,181	125,906	98,024	398,257	198,140	716,021
Personnes à charge	149,122	14,674	230,915	149,948	1,014,694	268,878	1,559,353
Total	234,775	22,855	356,821	247,972	1,412,951	467,018	2,275,374
Coopératives et fraternelles							
Particuliers	9,964	—	1,719	3,891	4,514	6,267	20,088
Personnes à charge	18,092	—	2,738	5,044	9,601	13,005	35,475
Total	28,056	—	4,457	8,935	14,115	19,272	55,563
Régimes de paiement par anticipation							
Particuliers	4,173	169	403,891	968,714	—	121,244	1,376,947
Personnes à charge	7,385	307	627,292	1,836,074	—	190,618	2,471,058
Total	11,558	476	1,031,183	3,044,555†	—	311,862	4,087,772†
Tous les contrats collectifs							
Particuliers	168,525	8,677	707,355	1,355,695	531,721	500,578	2,771,973
Personnes à charge	289,121	15,623	1,178,701	2,517,838	1,260,887	794,243	5,262,170
Total	457,646	24,300	1,886,056	4,113,300†	1,792,608	1,294,821	8,273,910†

Contrats individuels							
Sociétés par actions							
Particuliers	18,433	773	16,456	66,324	5,898	442	107,884
Personnes à charge	23,977	783	20,892	128,250	8,079	480	181,981
Total	42,410	1,556	37,348	194,574	13,977	922	289,865
Mutuelles							
Particuliers	38,890	4,330	37,376	8,324	21,154	351	110,074
Personnes à charge	37,409	3,460	33,133	7,030	24,977	311	106,009
Total	76,299	7,790	70,509	15,354	46,131	662	216,083
Coopératives et fraternelles							
Particuliers	10,257	1,582	12,657	6,095	6,371	4,945	36,962
Personnes à charge	20,395	3,796	5,998	3,673	11,983	8,194	45,845
Total	30,652	5,378	18,655	9,768	18,354	13,139	82,807
Régimes de paiement par anticipation							
Particuliers	—	11,041	135,559	157,587	—	—	304,187
Personnes à charge	—	7,569	164,834	228,368	—	—	400,771
Total	—	18,610	300,393	442,769†	—	—	761,772†
Tous les contrats individuels							
Particuliers	67,580	17,726	202,048	238,330	33,423	5,738	559,107
Personnes à charge	81,781	15,608	224,857	367,321	45,039	8,985	734,606
Total	149,361	33,334	426,905	662,465†	78,462	14,723	1,350,527†
Total, contrats collectifs et individuels							
Particuliers	236,105	26,403	909,403	1,594,025	565,144	506,316	3,331,080
Personnes à charge	370,902	31,231	1,403,558	2,885,159	1,305,926	803,228	5,996,776
Total	607,007	57,634	2,312,961	4,775,765†	1,871,070	1,309,544	9,624,437†

*«Particuliers» s'entend ici des détenteurs d'un contrat (ou certificat collectif).

†Le total comprend la couverture de 1960 déclarée par les *Group Medical Services* et les *Medical Services Incorporated*, de Saskatchewan. Le détail de la couverture de ces deux régimes quant aux particuliers assurés et aux personnes à charge n'était pas connu. Le total indiqué dépasse, de ce fait, le nombre des particuliers et des personnes à charge.

SOURCE: C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, tableau 2-1.

Suffisance de la couverture

Même si quelque 10,675,000 Canadiens avaient une assurance médicale ou adhéraient à un régime de paiement par anticipation, il faut se demander dans quelle mesure cette couverture suffit à les protéger contre les frais d'ordre médical.

Le tableau 18-2 résume les sinistres payés aux assurés et indique le sinistre moyen payé par assuré; les chiffres permettent de déterminer si la couverture est suffisante.

Les chiffres relatifs au sinistre moyen payé doivent être examinés à la lumière des besoins d'ordre médical. D'après une étude réalisée pour la Commission[1], les dépenses des Canadiens en frais de services médicaux ont atteint $21 par habitant. On peut établir que les dépenses des assurés ou des membres d'un régime de paiement par anticipation sont plus élevées soit environ $25 par habitant. Même si les estimations dont on dispose sont grossières, on peut constater que les autres personnes ont dépensé $15 en moyenne.

Les études de la Commission montrent également qu'il est raisonnable d'estimer à $27 en moyenne les dépenses médicales des membres des régimes de paiement par anticipation et à $23.50 celles des assurés des assurances commerciales[2].

Le tableau 18-2 présente aussi une comparaison de la moyenne des sinistres totaux payés par habitant d'après les assurances commerciales et les régimes de paiement par anticipation, et de celle des dépenses médicales estimatives; le tableau donne aussi le pourcentage de ces dépenses payé par les assurances et les régimes. On remarque que les régimes s'inscrivent à un rang élevé; ils payent en moyenne une tranche estimative de 80 p. 100 de toutes les dépenses en services médicaux de leurs adhérents.

C'est un pourcentage beaucoup plus élevé que celui des sociétés par actions ou des mutuelles. La moyenne inférieure des sinistres payés par les sociétés d'assurance tient à la fraction supportée par l'assuré, à la coassurance et à la limitation de la couverture et des indemnités. La moyenne plus élevée des régimes tient au succès avec lequel ils ont introduit la couverture relativement complète du «premier dollar».

Le tableau montre que, en ce qui concerne l'ensemble des assureurs, il y a une différence assez marquée entre les contrats collectifs et les contrats individuels pour ce qui est de la moyenne des sinistres payés par assuré en 1961. Il y a aussi de grandes différences entre les contrats collectifs et les contrats individuels dans le cas de certaines classes d'assureurs. Le sinistre moyen des contrats individuels payé par les sociétés par actions dépasse tout juste le tiers du sinistre moyen payé aux personnes assurées en vertu d'un contrat collectif. La tranche de 21 p. 100 des services médicaux payée par ces sociétés en vertu des contrats individuels ne constitue pas à nos yeux une protection suffisante. La situation est semblable dans le cas des mutuelles;

---

[1] C. H. Berry, *op. cit.*, chapitre 4.

[2] Pour l'analyse poussée sur laquelle se fondent ces estimations, voir *ibid.*, chapitres 4-6.

TABLEAU 18-2 SINISTRE MOYEN PAYÉ EN POURCENTAGE DES DÉPENSES TOTALES ESTIMATIVES EN SERVICES MÉDICAUX, CANADA, 1961

Genre d'assureur	Couverture estimative (personnes)	Dépense estimative par habitant en services médicaux	Sinistres déclarés payés, par habitant	Sinistres en pourcentage des dépenses totales estimatives
Sociétés par actions	Nombre	$	$	
Assurance collective	1,855,201	23.50	14.49	61.7
Assurance individuelle	289,865	23.50	5.04	21.4
Mutuelles				
Assurance collective	2,275,374	23.50	15.29	65.1
Assurance individuelle	216,083	23.50	10.71	45.6
Coopératives et sociétés fraternelles				
Assurance collective*	55,563	23.50	5.77	24.6
Assurance individuelle	82,807	23.50	6.28	26.7
Régime de paiement par anticipation				
Assurance collective	4,087,772	27.00	21.51	79.7
Assurance individuelle	761,772	27.00	21.94	81.3
Tous les assureurs				
Assurance collective	8,273,910	25.35	18.40	72.6
Assurance individuelle	1,350,527	25.47	15.41	60.5
Personnes non assurées	8,613,563	15.48	(Nil)	0.0
Total, population canadienne	18,238,000	21.01	8.94	42.6

*D'après les déclarations de quatre assureurs.

SOURCE: C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

elles n'ont payé que 45 p. 100 des dépenses médicales estimatives en vertu de leurs contrats individuels. Ces contrats, tout en assurant plus de protection, demeurent insuffisants[1].

Coût de l'assurance

L'assurance ou le paiement par anticipation vise à éviter à l'assuré le risque d'avoir à payer une partie ou la totalité de ses dépenses d'ordre sanitaire. Cela entraîne nécessairement des frais, soit les frais de la perception,

[1] Parce que les données relatives aux coopératives et sociétés fraternelles sont limitées, il serait peu réaliste de tirer des conclusions au sujet de la suffisance de la protection d'après le pourcentage du total des dépenses en services médicaux payé par ces assureurs dans le cadre de contrats collectifs et individuels.

et de l'administration des primes et du règlement des sinistres. Le coût de l'assurance se ramène alors à la différence entre les primes versées et les sinistres réglés.

Dans le cas du paiement par anticipation, la différence entre les primes et les sinistres représente les frais d'acquisition et d'administration, et les réserves. Dans celui des sociétés d'assurance commerciales, elle représente les frais d'acquisition et d'administration, les réserves, les impôts et les bénéfices. D'ordinaire, le rapport des sinistres réglés aux primes reçues est appelé «rapport des pertes». Cependant, parce que le consommateur est surtout intéressé à des services de santé, le chiffre critique est celui des frais d'acquisition, d'administration et autres par rapport aux dépenses en services. Combien faut-il ajouter, par exemple, au coût fondamental des services médicaux pour bénéficier des avantages de l'assurance ou du paiement par anticipation? Nous appelons le supplément nécesaire «retenue», et la proportion, «pourcentage de retenue». Les chiffres de 1961, pour ce qui est du Canada, figurent au tableau 18-3.

Ces données et ces comparaisons jettent beaucoup de lumière sur la question. Elles montrent que l'assurance et le paiement par anticipation ont payé, en 1961, des frais médicaux et, parfois, des frais connexes pour le compte de 9.6 millions de Canadiens, soit $175,122,600 ou une moyenne de $18.20 par personne. A cette fin et pour se procurer les avantages de l'assurance, ces Canadiens ont versé $224,093,200 en primes, soit $23.28 par personne[1]. La retenue (frais d'administration, frais se rattachant à l'adhésion de nouveaux groupes ou particuliers, commission, impôts et bénéfices) a totalisé 49 millions, soit un supplément de 28 p. 100 ajouté au montant des indemnités.

Le chiffre de la retenue est le plus élevé chez les sociétés commerciales (38 p. 100 dans le cas des contrats collectifs, mais autant que 151 p. 100 dans celui des contrats individuels). Ce dernier chiffre signifie que l'assuré aurait payé en primes $2.51 pour chaque dollar de protection. Par contre, les régimes de paiement par anticipation ont payé une plus forte tranche des primes en services médicaux pour le compte des adhérents individuels que des adhérents groupés, la retenue étant respectivement de 11 et 18 p. 100. La retenue des assureurs commerciaux (contrats collectifs et individuels) est de 44.3 p. 100, et celle des régimes de paiement par anticipation, de 17.6 p. 100.

PROBLÈMES INHÉRENTS AUX SUBVENTIONS

Au chapitre 4, nous avons dit qu'il existe un grand nombre de Canadiens dont le revenu, tout considéré, est peu élevé, revenu qui est trop faible pour qu'ils puissent acheter l'assurance-maladie dont ils ont besoin. On ne conteste guère ou pas cette conclusion, et tous les secteurs conviennent que

[1] Voir tableau 18-3.

TABLEAU 18-3 PRIMES TOTALES ET PRIMES PAR HABITANT, INDEMNITÉS ET RETENUE, ET RETENUE EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DES INDEMNITÉS, SELON LA CATÉGORIE D'ASSUREUR ET LA NATURE DU CONTRAT, CANADA, 1961

Genre d'assureur	Total, primes	Primes par habitant	Total, indemnités	Indemnités par habitant	Retenue	Retenue par habitant	Pourcentage de retenue
	milliers de $	$	milliers de $	$	milliers de $	$	
Contrats collectifs							
Sociétés par actions	41,590.0	22.42	30,679.5	16.54	10,910.5	5.88	35.6
Mutuelles	43,407.4	19.08	31,387.0	13.79	12,020.4	5.28	38.3
Coopératives et fraternelles	251.8	4.53	205.4	3.70	46.4	.83	22.6
Régimes de paiement par anticipation	109,174.4	26.71	92,118.5	22.54	17,055.9	4.17	18.5
Contrats individuels							
Sociétés par actions	6,667.9	23.00	2,648.8	9.14	4,019.1	13.87	151.7
Mutuelles	6,127.8	28.36	3,035.8	14.05	3,092.0	14.31	101.8
Coopératives et fraternelles	709.9	8.57	542.4	6.55	167.5	2.02	30.9
Régimes de paiement par anticipation	16,164.0	21.22	14,505.2	19.04	1,658.8	2.18	11.4
Tous les contrats							
Collectifs	194,423.6	23.50	154,390.4	18.66	40,033.2	4.84	25.9
Individuels	29,669.6	21.97	20,732.2	15.35	8,937.4	6.62	43.1
TOTAL	224,093.2	23.28	175,122.6	18.20	48,970.6	5.08	28.0

SOURCE: Tableau 18-17 et C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, tableau 4-1 (moins les primes et les indemnités d'assurance accident et maladie), mais y compris l'assurance-hospitalisation et les ajustements indiqués dans son chapitre 4, avec réductions pour: *a*) primes rendues, *b*) dividendes portés au crédit des assurés et *c*) augmentations des réserves non acquises et des comptes de primes payées d'avance, soit 7.3, 4.5, 6.1 et 0.6 p. 100 pour les sociétés par actions, les mutuelles, les coopératives et les fraternelles et les régimes de paiement par anticipation.

les fonds publics devront intervenir pour permettre à la tranche de la population qui ne peut se la procurer à elle seule de bénéficier de la protection dont elle a besoin.

La question en litige porte sur la nature du subventionnement et, sur ce point, le nombre des personnes qui ont besoin d'être subventionnées devient un facteur important.

Le nombre des personnes à subventionner dépend de deux variables: 1° le coût total du service ou des services de santé que couvre l'assurance et 2° la répartition des revenus de divers niveaux. Dans les mémoires de l'industrie des assurances, des *Trans-Canada Medical Plans* et de l'Association médicale canadienne, on ne considère que les primes des services médicaux (médecine, chirurgie et obstétrique)[1]. La seconde variable est d'ordre subjectif; elle oblige à se prononcer sur le niveau de revenu au-dessous duquel le subventionnement est jugé nécessaire. Le mémoire des porte-parole de l'industrie des assurances le fixe au même chiffre où le situent les dispositions d'exemption de l'impôt sur le revenu, c'est-à-dire à $1,000 pour les célibataires et à $2,000 pour les chefs de famille, plus une augmentation de $300 pour chaque personne à charge bénéficiant des allocations familiales et de $500 pour les autres personnes à charge. D'après ces critères, le service de l'économique médicale de l'Association médicale canadienne estime que 2,950,000 personnes auraient besoin d'une aide partielle pour les seuls services médicaux[2]. Le choix du niveau de l'exemption fiscale se fonde en partie sur une enquête fragmentaire de la couverture de l'assurance en Colombie-Britannique et en Alberta pratiquée sous les auspices de la division de chaque province de l'Association médicale canadienne. L'enquête a révélé que la moitié environ des personnes qui ne payaient pas d'impôt sur le revenu étaient assurées par le régime de bien-être médical de la province locale (25 p. 100) ou par les assurances privées (25 p. 100).

Indépendamment de la question de savoir si la situation en Colombie-Britannique et en Alberta est caractéristique de celle d'une province comme Terre-Neuve ou les provinces Maritimes, l'enquête fait ressortir le point en cause: à quels services de santé faut-il rattacher le subventionnement? Dans le calcul du nombre de gens à subventionner, la méthode ci-dessus s'est concentrée seulement sur la capacité de financer une prime de soins médicaux. Il faut noter que le régime des deux provinces ne comporte pas de prime particulière au régime de services hospitaliers, bien qu'il se fasse des paiements directs au moment de la prestation des services. Le quart du groupe qui ne payait pas d'impôt sur le revenu aurait-il pu payer les primes du régime médical de l'Alberta—$63 pour les célibataires et $159 pour une famille—s'il avait existé des primes d'assurance-hospitalisation de $25.20 (célibataires) et de $50.40 (famille) comme, mettons, en Ontario[3]? Aurait-il pu le faire

[1] Le mémoire de l'Association médicale canadienne propose une subvention annuelle de $10 pour payer les frais de médicaments des assistés, *op. cit.*, p. 84.

[2] L'Association médicale canadienne, Service de l'économique médicale, *op. cit.*, p. 22.

[3] Voir les renvois du tableau 18-4.

tout en achetant d'autres articles d'ordre sanitaire (médicaments, lunettes, aide-ouïe, etc.)?

Il faut manifestement procéder autrement pour estimer le nombre de Canadiens à subventionner. Nous avons donc calculé le coût de la prime totale nécessaire pour payer par anticipation la gamme complète de services de santé en 1961, et nous l'avons comparé avec certaines estimations du revenu des Canadiens.

L'estimation de la prime totale (soins médicaux, chirurgicaux, hospitaliers et dentaires, médicaments, services d'optique et soins infirmiers) est présentée au tableau 18-4; la méthode de calcul y est indiquée dans les renvois.

La prime familiale totale relative à toute la gamme de services de santé en 1963 est donc estimée à environ $346 par année[1] et la prime du célibataire, à $125 par année.

Nous avons examiné l'emploi des exemptions fiscales comme moyen de déterminer la ligne de démarcation entre ceux qui ont besoin d'une subvention pour financer leurs services de santé et ceux qui n'en ont pas besoin. Nous avons constaté que cette méthode n'est pas satisfaisante parce qu'elle écarte plus de gens qu'elle n'en inclut. Nous avons conclu que nous

TABLEAU 18-4 COÛT RÉEL ET ESTIMATIF DES PRIMES DE SERVICES DE SANTÉ, CANADA, 1963

	Célibataire	Famille
Services hospitaliers[a]	$ 25.20	$ 50.40
Services médicaux[b]	63.40	159.00
Services dentaires[c]	12.50	46.25
Médicaments[d]	18.00	66.60
Autres[e]	6.30	23.35
TOTAL	125.40	345.60

[a]Primes des *Ontario Hospital Services* en 1963 qui ont été portées en 1964 à $39 et $78.

[b]Prime approuvée en 1963 pour l'*Alberta Medical Plan*. La prime du célibataire ($63.40) se compare avec une estimation de $22.39 à $23.06 en 1961 mentionnée dans le rapport provisoire de l'*Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan*, Regina, septembre 1961, p. 75. Le coût réel de l'assurance médicale en Saskatchewan par habitant, durant la première année (1963), a été de $22.05. Pour ce qui est d'une prime plus élevée encore que celle de l'*Alberta Medical Plan*, voir les primes proposées par la *Canadian Health Insurance Association* dans son mémoire à la *Medical Services Enquiry* de l'Ontario, le 29 janvier 1964, p. viii.

[c]Coût par habitant des services dentaires en fonction d'un rapport de 1 dentiste pour 2,000 personnes.

[d]Primes des *Prescription Services Incorporated* de Windsor (Ontario).

[e]Dépenses réelles tirées des *Comptes nationaux*. Les médicaments non prescrits ne sont pas compris.

[1] Elle serait moindre dans les provinces qui financent les services hospitaliers au moyen des seules recettes générales, et un peu moindre en moyenne dans les provinces qui les financent au moyen de la taxe de vente au détail.

devons fonder notre jugement sur la statistique récente, soit sur la proportion de son revenu que le célibataire ou le chef de famille peuvent raisonnablement affecter continuellement aux services de santé.

D'après une enquête récente sur les dépenses familiales[1], le pourcentage du revenu qui est d'habitude affecté aux services de santé est en moyenne, pour toutes les classes de revenu, d'environ 4 p. 100. A notre avis, si tous les services étaient financés par des primes régulières, le pourcentage pourrait augmenter, mais non au delà de 7 p. 100, soit un pourcentage supérieur à celui qui se paye dans n'importe quel pays de l'Ouest. Pour les fins de nos calculs, nous avons donc retenu trois taux différents: 5, 6 et 7 p. 100.

Si l'on pose en principe que nul ne devrait payer plus de 5 p. 100, le célibataire qui gagne $2,500 et plus, et le chef de famille qui gagne $6,000 et plus pourraient payer pleinement leur prime ($125 ou $345). Tous ceux qui gagnent moins auraient droit à une subvention.

Si nul ne doit payer plus de 6 p. 100, le célibataire qui gagne $2,090 et plus par année, et le chef de famille qui gagne $5,760 et plus n'auraient besoin d'aucune aide, mais tous ceux qui gagnent moins auraient droit à une subvention.

Enfin, si la limite est 7 p. 100, les maximums seraient de $1,790 et $4,930, et ceux qui gagnent moins seraient subventionnés. Sans doute tous ne demanderaient pas d'aide, mais tous y auraient droit.

Le manque de renseignements complets sur les revenus ne nous permet pas facilement d'établir une estimation du nombre de chefs de famille et de célibataires à subventionner qui se rangent dans ces catégories. La documentation que nous possédons est déjà expliquée au chapitre 4 et comprend les éléments suivants:

(1) Statistique sommaire (1961) du revenu des familles urbaines et rurales non agricoles, du Bureau fédéral de la statistique. Cette statistique se fonde sur le recensement de 1961, mais, parce qu'elle ne s'étend pas à la population agricole, ne couvre que 80 p. 100 environ de la population totale.

(2) Enquête de 1958 sur le revenu et les dépenses agricoles qui, tout en étant désuète, nous donne une indication de la proportion de la population agricole qu'il faut subventionner.

En outre, il existe une enquête pratiquée par le ministère du Travail auprès des employeurs qui, en 1961, payaient une partie ou la totalité des primes d'assurance médicale de leurs employés. L'enquête donne le nombre d'employeurs qui payaient la prime au complet, mais non le montant de la prime, ni la proportion de la prime variable payée par ceux qui ne payaient

[1] Bureau fédéral de la statistique, *Urban Family Expenditure*, 1959, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, pp. 20 et suivantes.

pas toute la prime. Enfin, nous possédons une estimation du nombre de familles ou de personnes qui bénéficient de soins médicaux dans le cadre des régimes d'assistance publique.

Les données relatives à la population non agricole sont présentées au tableau 18-5. Le nombre de personnes et de chefs de famille qui, en l'absence d'une subvention de quelque nature—sous la forme d'une prime payée par l'employeur ou de soins assurés par les régimes d'assistance publique—auraient eu besoin d'une subvention en 1961 va de 75 à 54 p. 100, selon que le pourcentage maximum du revenu affecté aux soins de santé est de 5 ou de 7 p. 100. Ce sont des chiffres considérables, mais il faut tenir compte des subventions déjà fournies afin d'estimer le groupe supplémentaire qui a besoin d'être aidé.

Il faut d'abord éliminer les assistés publics qui, nous le supposons, seront assujettis à la justification des ressources et auront droit de bénéficier de services de santé aux frais du public. Nous ne savons pas comment ils se répartissent entre urbains et ruraux; nous avons donc supposé que 90 p. 100 se rangent dans la catégorie «population urbaine et rurale non agricole» (contre 80 p. 100 de ceux qui gagnent un revenu). L'élimination de ces personnes réduirait le total de 720,000. Ce chiffre diminuerait encore du fait que seulement une proportion des assistés publics sont des chefs de famille ou des célibataires. Comme nous ne possédons pas ces données, nous avons, afin de présenter une estimation modérée, réduit le chiffre de 720,000 de seulement 20,000, ce qui réduit en tout de 700,000 assistés publics le nombre des personnes du secteur urbain et rural non agricole qui gagnent un revenu.

En deuxième lieu, parce nous n'avons aucun moyen de connaître la répartition selon leur revenu des 1,600,000 personnes qui gagnent un revenu et qui bénéficient de l'apport de leur employeur, ni de connaître la répartition du montant de la subvention de chaque groupe de revenu, nous pourrions adopter deux extrêmes en supposant que tous les 1,600,000 doivent recevoir de leur employeur un apport assez élevé pour rendre inutile une subvention du gouvernement, ou bien que, malgré l'apport de l'employeur, toutes auraient besoin d'une subvention publique. Comme aucune de ces propositions n'est juste, le nombre réel doit se situer entre les deux extrêmes et nous avons supposé qu'une proportion raisonnable serait 50 p. 100. Nous avons calculé le nombre à subventionner dans les trois catégories (5, 6 et 7 p. 100) en supposant que la moitié des 1,600,000 auraient encore besoin d'une subvention publique.

Les résultats de ces corrections sont aussi indiqués au tableau 18-5. Si nous supposons que la prime maximum doit être 5 p. 100 du revenu, la proportion des célibataires et chefs de famille urbains et ruraux non agricoles ayant droit à une subvention et devant être assujettis à la justification des ressources serait de 64 p. 100. Si nous supposons que le maximum doit être 6 p. 100 du revenu et se payer continuellement, le total des personnes ayant droit à une subvention et assujetties à la justification des ressources

TABLEAU 18-5 NOMBRE ESTIMATIF DE GENS À SUBVENTIONNER, POPULATION AGRICOLE ET NON AGRICOLE, CANADA, 1961 ET 1971

(en milliers)

Catégorie	Total	Nombre à subventionner		
		Maximum de 5 p. 100	Maximum de 6 p. 100	Maximum de 7 p. 100
Nombre de célibataires et de familles				
Population non agricole et urbaine				
Célibataires	1,407	923	827	756
Familles (2 personnes et plus)	3,657	2,861	2,385	1,966
Total: familles et célibataires	5,064	3,784	3,212	2,722
Pourcentage à subventionner	—	74.7	63.4	53.8
Population agricole*				
Célibataires	763	500	449	410
Familles (2 personnes et plus)	490	383	319	264
Total: familles et célibataires	1,253	883	768	674
Pourcentage à subventionner	—	70.5	61.3	53.8
Total (agricole et non agricole)				
Célibataires	2,170	1,424	1,276	1,166
Familles (2 personnes et plus)	4,147	3,244	2,704	2,230
Total: familles et célibataires	6,317	4,668	3,980	3,396
Pourcentage à subventionner	—	73.8	63.0	53.8
Moins les personnes assistées (population agricole et non agricole)				
Assistance publique	700	700	700	700
Assistance patronale	800	800	800	800
TOTAL	1,500	1,500	1,500	1,500
Chiffre net: célibataires à subventionner	1,657	966	796	650
Chiffre net: familles à subventionner	3,160	2,202	1,684	1,246
Chiffre net: familles et célibataires à subventionner	4,817	3,168	2,480	1,896
Pourcentage à subventionner†	—	65.8	51.5	39.4
Nombres de personnes*				
Total brut à subventionner				
Célibataires		1,424	1,276	1,166
Personnes dans les familles		12,652	10,546	8,697
TOTAL, 1961		14,076	11,822	9,863
Total net à subventionner				
Célibataires		966	796	650
Personnes dans les familles		8,588	6,568	4,859
TOTAL, 1961		9,554	7,364	5,509
Total net à subventionner				
TOTAL‡, 1971		14,864	11,634	8,900

*Nous avons supposé que la répartition des revenus et des familles dans le cas de la population non agricole vaut aussi pour la population agricole, que la répartition des familles est la même aussi dans le cas des assistés, et que la taille de la famille de tous les groupes en cause est de 3.9 personnes, comme dans le cas de la population totale.

†Les pourcentages correspondants pour la population non agricole sont les suivants: 5 p. 100—64 p. 100, 6 p. 100—48 p. 100, et 7 p. 100—34 p. 100.

‡L'estimation de 1971 a été obtenue en appliquant les pourcentages indiqués à la population projetée du Canada 22,589,500 (habitants).

SOURCE: Estimations fondées sur deux publications du Bureau fédéral de la statistique: *Recensement du Canada, 1961*, vol. 2, partie 1, et *Summary Family Income Statistics, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

formerait 48 p. 100 des personnes qui gagnent un revenu. Si le maximum est établi à 7 p. 100, le total des admissibles formerait 34 p. 100.

En ce qui concerne les familles et les célibataires du secteur agricole, il est manifeste, d'après les données relatives à ce groupe présentées au chapitre 4, que les Canadiens qui habitaient une ferme en 1957 ne devaient probablement pas avoir un revenu supérieur en moyenne à celui des Canadiens des villes. Certes, le revenu agricole moyen s'est accru depuis 1957, mais il est improbable que l'augmentation ait été assez rapide pour que leur revenu dépasse en 1961 le revenu urbain moyen. Nous pourrions supposer que le pourcentage des gens des fermes qui gagnaient un revenu et qui s'inscrivaient au-dessus de la limite retenue pour la subvention était le même dans le cas des familles et célibataires des fermes que dans celui des familles et célibataires du secteur urbain et rural non agricole. En fait, il est probable que la proportion en a été plus élevée. Il en résulte cependant que selon le pourcentage retenu (5, 6 ou 7 p. 100), entre 39 et 66 p. 100 des personnes qui gagnaient un revenu auraient été assujetties à la justification des ressources, en plus de celles qui l'étaient dans le cadre des divers régimes de bien-être social.

En appliquant les pourcentages appropriés à la population totale (agricole et non agricole) de 1961, comme le montre le tableau 18-5, nous constatons qu'une tranche de 3.4 à 4.7 millions de familles et de célibataires, soit 9.9 à 14.1 millions de personnes, auraient dû être subventionnés et assujettis à la justification des ressources en 1961. Si nous soustrayons ceux qui le sont actuellement (y compris le groupe qui bénéficie de l'assistance patronale), les chiffres correspondants se seraient situés en 1961 entre 1.9 et 3.2 millions (familles et célibataires) et entre 5.5 et 9.6 millions (personnes). Pour ce qui est de 1971, on aurait un chiffre de 8.9 à 14.9 millions de personnes assujetties à la justification des ressources. Quel que soit le chiffre exact, il atteindrait des millions. Cela signifierait une tâche formidable en fait d'organisation de rouages administratifs, des frais supplémentaires que les Canadiens ne peuvent se permettre et une méthode d'examen de chaque cas qui, de l'avis de beaucoup de Canadiens, est contraire à la dignité humaine.

Même si le revenu des célibataires et des familles doit augmenter dans l'avenir, les dépenses en services médicaux devraient augmenter à un rythme au moins aussi rapide, de sorte que les pourcentages peuvent bien ne pas varier grandement.

LA QUESTION DE LA PARTICIPATION OBLIGATOIRE

Il s'agit ici d'une question importante puisqu'elle se situe à la racine de notre régime démocratique. Le point essentiel à faire valoir est que la société, dans sa sagesse collective, a jugé nécessaire d'user de la force de la loi pour réaliser un certain nombre d'objectifs qu'il y a lieu pour la société d'atteindre: fréquentation scolaire, paiement des impôts scolaires,

homologation des médecins pour empêcher des personnes incompétentes d'exercer la médecine, réglementation des sociétés d'assurance, et autres. Il y en aurait peu qui s'opposeraient à l'élément obligatoire que renferment ces exemples.

L'exemple le plus pertinent est, bien entendu, l'instruction obligatoire. Il faut noter, cependant, qu'il existe une grande et fondamentale différence entre un service de santé publique et l'instruction obligatoire. Cette dernière exige un financement obligatoire (par le moyen de l'impôt) et la fréquentation scolaire obligatoire. Par contre, un régime de santé n'exige que le paiement d'impôts; nul n'est obligé d'accepter ou de se procurer certains services. En outre, tant que ceux qui fournissent les services demeurent des praticiens autonomes et indépendants avec qui l'organisme assureur, auprès duquel les praticiens sont représentés, passe contrat, ils ne sont pas des employés de l'État. En réalité, dans le cas des provinces qui financent leur régime d'assurance-hospitalisation au moyen de recettes indirectes, il est presque impossible de déceler un quelconque élément d'obligation dans les services hospitaliers. En fait, le grand résultat a été d'augmenter la liberté: accès plus libre aux installations et libération de la crainte des conséquences financières.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Nous avons examiné les points de vue principaux et les arguments qu'on a invoqués à leur appui. Nous pouvons maintenant résumer les points de vue opposés et passer ensuite à nos conclusions.

Il y a d'abord ceux qui croient que l'action publique est inutile ou doit se borner à subventionner les gens incapables de payer leur prime. Ils se fondent sur les motifs suivants:

a) Dans notre société, disent-ils, l'action publique doit se considérer comme un dernier recours. Le rôle des pouvoirs publics doit être de:
   (1) subvenir à tous les besoins de ceux qui n'ont aucune ressource propre (les assistés publics), et
   (2) subvenir au reste des besoins de ceux qui peuvent payer une partie de la prime des assurances commerciales et des régimes privés de paiement par anticipation;

b) Si l'action publique se limite à aider les gens de ces deux catégories, le fardeau financier supplémentaire que doivent supporter les gouvernements sera fort réduit;

c) Les régimes privés de paiement par anticipation et les assurances commerciales ont progressé rapidement et réussiront, avec le temps, à suffire aux besoins de la grande majorité des Canadiens;

d) En démocratie, il faut éviter la contrainte.

Les tenants d'un régime public de services de santé complets invoquent les motifs suivants:

a) Il existe une différence fondamentale entre un service de santé axé sur la prévention et le traitement de la maladie et un régime d'assurance privé ou commercial organisé afin de payer les dépenses occasionnées par la maladie ou un accident; la société doit, pour son propre bien, viser à atteindre un objectif plus étendu.

b) Tous les Canadiens doivent pouvoir bénéficier d'un service de santé vraiment efficace; les méthodes de financement doivent rattacher les frais à leur capacité de payer.

c) Le régime privé réussit surtout dans le cas des groupes organisés, en particulier dans le cas des employés qui ont un emploi stable et dont la prime est payée en bonne partie par l'employeur, mais, à cause même de ses limitations, le régime ne répond pas aux besoins d'une grande tranche de la population qui n'appartient pas à ces catégories de gens.

d) Le nombre de gens assurés par les régimes de paiement par anticipation et par les sociétés d'assurance est encore bien inférieur au chiffre de la population totale, sans compter que les avantages assurés sont insuffisants dans bien des cas; en outre, la tâche la plus difficile—assurer les vieillards, les malades chroniques, les travailleurs indépendants, les cultivateurs, les employés des petites entreprises et d'autres qui ne font pas partie de groupes d'employés—reste encore à accomplir.

e) La thèse qui veut que le gouvernement n'aide que ceux qu'une justification des ressources révèle avoir besoin d'aide pour payer la prime d'un régime de paiement par anticipation ou d'une assurance commerciale ferme les yeux:

   (1) à la proportion de la population qu'il faudrait assujettir à la justification des ressources,

   (2) à l'ampleur des sommes nécessaires pour assurer une aide d'appoint,

   (3) à la difficulté d'établir d'équitables critères d'évaluation du besoin,

   (4) à la fluctuation des revenus (par exemple, chez les travailleurs saisonniers) et, partant, à la nécessité de répéter continuellement la justification des ressources,

   (5) aux grandes dépenses d'acquisition et d'administration de l'assurance privée.

f) Le Régime national d'assurance-hospitalisation a montré qu'un régime complet et universel est possible, pratique, économique en fait d'administration, et applicable immédiatement à l'ensemble de la population.

g) Le recours à la fiscalité pour établir la couverture universelle est acceptable à la grande majorité des Canadiens.

La Commission reconnaît les arguments d'ordre philosophique et les considérations d'ordre pratique des deux thèses, et elle y a mûrement réfléchi. En cherchant à faire le partage des nombreux arguments favorables et défavorables, la Commission n'a pas oublié que l'action privée *est* le ressort principal de la société démocratique, et que l'action communautaire par le canal de l'État ne doit intervenir que lorsque l'action privée ne mène qu'à des objectifs inférieurs ou ne réussit pas à atteindre des objectifs essentiels au bénéfice d'un nombre suffisant de citoyens.

Les commissaires étaient foncièrement sympathiques aux vues de ceux qui croient que l'action en grand des pouvoirs publics est inutile dans le domaine des services de santé. Comme la plupart des Canadiens, sans doute, nous sommes opposés au changement pour le simple plaisir de changer.

Aussi avons-nous examiné avec soin le point central des propositions de l'*Health Insurance Association* et de l'Association médicale canadienne, savoir que la grande majorité des Canadiens peuvent s'assurer et finiront par s'assurer de par leurs propres ressources, et que les pouvoirs publics n'auraient à assurer qu'un nombre relativement petit de citoyens. L'*Health Insurance Association,* par exemple, mentionne que la ligne de démarcation des gens qui auront besoin d'être subventionnés devrait se tirer au point où la loi de l'impôt sur le revenu l'établit actuellement, c'est-à-dire que quiconque paye actuellement de l'impôt sur le revenu est réputé capable de payer sa pleine prime, et que seuls ceux qui n'en payent pas s'inscrivent dans la catégorie des «indigents» du point de vue médical et, partant, ont besoin d'une subvention[1].

Le problème, malheureusement, n'est pas si simple. La raison principale, nous l'avons dit, est que la population canadienne doit aviser à payer non seulement les services du médecin, mais aussi le prix de tous les services nécessaires à des soins de santé complets. C'est ainsi que, pour déterminer la capacité de payer sans l'aide d'une subvention, nous devons tenir compte non seulement de la prime d'assurance médicale et chirurgicale (comme le proposent les deux mémoires précités), mais aussi de celle de l'assurance-hospitalisation qui se paye déjà (par exemple, $78 par famille par année en Ontario) et le prix des soins dentaires, des médicaments, des services d'optique et des soins infirmiers. Après plus de 35 ans d'effort mené par les régimes privés et les assurances commerciales, seulement un peu plus de la moitié de la population du pays a quelque protection d'assurance privée, et encore ne vise-t-elle que les services médicaux. Parmi cette tranche de la population, il y a presque 3 millions d'habitants dont la protection est tout à fait insuffisante. Plus de 7.5 millions de Canadiens n'ont aucune assurance médicale[2]. En outre, un régime de soins de santé complets suppose plus que la prestation de services de santé. Pour qu'ils soient efficaces, il faut qu'une planification systématique veille à assurer un effectif sanitaire suffisant, des

---

[1] *Canadian Health Insurance Association*, p. 5.
[2] Voir p. 731.

moyens d'enseignement nécessaires, ainsi que la bonne organisation de services coordonnés.

Ayant décidé que le mieux pour le Canada était d'établir un régime de services de santé universel et complet comme l'énonce la Charte, et ayant examiné les trois thèses au sujet de la meilleure méthode à adopter pour établir le régime, nous en avons conclu qu'il faut constituer au Canada des caisses d'assurance-maladie administrées par les provinces, dotées par le gouvernement fédéral sur les recettes générales et par les provinces (comme bon leur semblera), et organisées sur le modèle du régime d'assurance-hospitalisation.

Voici les motifs qui nous inspirent:

1. La méthode du subventionnement doit subventionner la caisse d'assurance plutôt que les particuliers.
2. La méthode de l'assurance privée donnerait des résultats par trop lents et forcément incomplets.
3. Le nombre de gens qu'il faudrait subventionner pour leur permettre de payer tous les frais des services de santé est tellement considérable qu'aucun gouvernement ne pourrait pratiquer la justification des ressources dans le cas de tant de citoyens, ou ne serait justifié d'établir un système qui exigerait autant d'inutile administration. Les services de santé mettront déjà assez à contribution nos ressources. Il ne faut pas les gaspiller.
4. En ce qui concerne la question de la participation obligatoire, nous croyons que, tant que les décisions de cette nature émaneront de législatures démocratiquement élues, et tant qu'elles assureront seulement l'essentiel (par exemple, les soins hospitaliers de salle commune), et permettront aux citoyens de choisir librement hôpital et médecin et d'opter librement pour d'autres avantages qu'ils pourront s'assurer par des dispositions d'ordre privé, nous pouvons avoir confiance que nos idéaux démocratiques seront non seulement protégés, mais aussi pleinement réalisés. Il est très significatif pour une société démocratique comme la nôtre que la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ait été adoptée par un vote unanime des députés de tous les partis politiques représentés aux Communes[1].
5. La caisse d'assurance-maladie de chaque province doit être administrée par un même organisme afin d'assurer la pleine intégration et la bonne planification de *tous* les services de santé, et de pourvoir ainsi à l'administration la plus efficace de toutes les sections du régime de services de santé. Nous avons recommandé que le régime actuel d'assurance-hospitalisation soit administré par le même organisme dans chaque province qui administre l'ensemble des services de santé personnels[2]. Il va de soi que cela écarte toute proposition

[1] Canada, Chambre des communes, *Débats*, session de 1957, vol. III, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1957, p. 3555-3556.

[2] Voir chapitre 2, recommandation 1(7).

portant de confier à un organisme distinct l'administration d'une tranche des services de santé, c'est-à-dire le paiement des services médicaux.

Pour revenir, en conclusion, à la thèse de l'industrie de l'assurance-maladie selon laquelle la grande majorité des Canadiens en viendraient avec le temps à s'assurer au moyen de leurs propres ressources, nous devons dire que nous estimons que cette vue des choses n'est pas réaliste.

Nous pouvons, à cet égard, tirer un enseignement de la situation en Australie. Après onze ans de fonctionnement en Australie d'un régime privé de services médicaux subventionné par l'État, seulement 80 p. 100 environ de la population a pu s'assurer, et cette tranche comprend les assistés publics. Tout en optant d'établir son régime d'assurance médicale sur une base privée subventionnée par l'État, l'Australie a écarté le recours aux assureurs commerciaux. Sir Earle Page, ancien premier ministre d'Australie et architecte du régime d'assurance-médicale de l'Australie, était fermement convaincu qu'il ne fallait recourir qu'aux organismes désintéressés privés. Ces organismes accusent des dépenses d'adminisaration de 13 p. 100, y compris la commission de 5 p. 100 des vendeurs de timbres de cotisation, grâce auxquels les travailleurs indépendants et ceux qui ne sont pas assujettis à la retenue sur le salaire peuvent verser leur prime à l'assureur de leur choix. Le régime, qui revêt un caractère privé et qui a commencé en 1953, rembourse jusqu'à 90 p. 100 des dépenses médicales d'environ 80 p. 100 de la population. Il semble très difficile d'assurer le reste de la population; la tranche de 80 p. 100 comprend les pensionnés et les assistés[1].

Si nous acceptons la thèse suivant laquelle l'industrie de l'assurance-maladie au Canada pourrait en arriver à la couverture universelle des services médicaux—et c'est à notre avis une hypothèse héroïque—il en coûterait, selon nos estimations[2], 797 millions en 1971 (en dollars courants). Il faut ajouter les frais d'administration du régime par les organismes publics, frais estimés à 5 p. 100 d'après la statistique de l'assurance-hospitalisation[3], soit 40 millions, ce qui porterait le total à 837 millions. Si la retenue de 28 p. 100[4] s'appliquait en 1971 comme en 1961[5], le coût total des services médicaux atteindrait 1,020 millions en 1971.

---

[1] *The Australian National Health Service*, étude détaillée préparée pour le *Advisory Planning Committee on Medical Care* du gouvernement de la Saskatchewan, le Secrétariat, Regina, 1961, pp. 4 et 8, et *Report on Medical Services Insurance in Australia, Association Notes*, dans *The Canadian Medical Association Journal*, 84, 965-971, livraison du 29 avril 1961.

[2] Voir chapitre 20.

[3] Voir chapitre 20. La proportion était de 5.7 p. 100 en Saskatchewan d'après les premières années de fonctionnement du régime de services médicaux (données fournies par la Commission du régime des soins médicaux de la Saskatchewan).

[4] Proportion qui comprend les frais d'acquisition, les impôts, l'administration, les réserves et les bénéfices. (Voir C. H. Berry, *op. cit.*, chapitre 4, tableau 18-3.)

[5] Nous avons utilisé la proportion de 28 p. 100 qui est la proportion de retenue applicable à tous les assureurs, soit les sociétés par actions, les mutuelles, les coopératives, les fraternelles et les régimes de paiement par anticipation. La proportion aurait été plus élevée si nous avions utilisé la proportion applicable aux seules assurances commerciales (voir tableau 18-3).

Les Canadiens doivent donc décider, à supposer qu'ils reconnaissent que l'industrie de l'assurance-maladie peut fournir une courverture universelle, s'ils veulent payer 1,020 millions en services médicaux en 1971 dans le cadre d'un régime administré par l'industrie de l'assurance, ou 837 millions dans celui d'un régime administré par des organismes publics[1].

A notre avis, il ne serait pas économique d'utiliser les ressources limitées du pays pour dépenser un supplément de 183 millions ou une forte partie de ce montant à seule fin de faire administrer par l'industrie les seuls services médicaux. Les services médicaux, nous le répétons, ne sont qu'un élément d'un régime complet. Comme nous l'avons expliqué au chapitre 20, le régime des services de santé qui se développe demandera au pays beaucoup de fonds. Il nous faut donc choisir la méthode frugale afin de réaliser notre objectif, lequel, nous le savons d'après les résultats de notre assurance-hospitalisation, fera également l'affaire.

Nous avons donc été contraints de conclure que l'action publique s'impose, et que nous devons nous mettre immédiatement à mobiliser les ressources de la nation pour établir des régimes de services de santé complets et universels dans les dix provinces et les territoires.

[1] Il s'agit de dollars (1957) constants. Les chiffres seraient plus élevés s'ils étaient exprimés en dollars courants.