

VOLUME I

# L'ASSURANCE- MALADIE

RAPPORT  
DE LA COMMISSION  
D'ENQUÊTE  
SUR LA SANTÉ  
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1967



# L'ASSURANCE- MALADIE

**RAPPORT  
DE LA COMMISSION  
D'ENQUÊTE  
SUR LA SANTÉ  
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL**

## Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

### *Membres*

Claude Castonguay, *président*  
Louis-Philippe Bouchard  
Jacques de la Chevrotière  
Jacques Dinelle  
William A. Dyson  
Rév. Père André-M. Guillemette  
Georges A. Lachaine  
Jeanne d'Arc LeMay Warren

### *Secrétaire*

Gérard Nepveu

<i>Conseiller en administration hospitalière</i>	Bernard Brousseau, M. D., D. T. M. & H., D. H. A.
<i>Conseiller adjoint en administration hospitalière</i>	Michel Gingras, M. D., M. A. H.
<i>Conseiller en bien-être social</i>	Nicolas Zay, L. Sc. P. & E., Ph. D., M. S. S.
<i>Conseiller adjoint en bien-être social</i>	Yolande Boissinot, M. S. S. (Laval)
<i>Conseiller économique</i>	Nicole Vaillancourt Martin, M. A. Écon. (Montréal), M. Sc. Écon. (Londres)
<i>Conseiller juridique</i>	René Dussault, LL. L., avocat, Ph. D. (Londres)
<i>Conseiller médical</i>	Roger Dufresne, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller médical adjoint</i>	Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller en recherche</i>	Marc-Adélard Tremblay, L. S. A., M. A., Ph. D.
<i>Directeur des études spéciales</i>	André Hurtubise, B. Eng., M. A. Écon. (Montréal)
<i>Conseiller en relations publiques</i>	Jean Pelletier
<i>Directeur des relations publiques et assistant-secrétaire</i>	Benoît Payeur





*Nous, membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, avons l'honneur de vous présenter le premier volume de notre rapport qui porte sur l'assurance-maladie.*

*J. A. Montgomery*

William A. Dyson

Philippe Buchard

G. W. Guilford Oct. 9.

Jag undel Bensten

George Latham -

Jacques Dinelle

Jeanne d'Arc & May Warren

Grand Report

Québec, 1967.



**Arrêté en conseil**  
**Chambre du Conseil exécutif**

Numéro 2046

Québec, le 9 novembre 1966.

**PRÉSENT :**

le lieutenant-gouverneur en conseil

**CONCERNANT** la création d'une commission d'enquête  
sur la santé et le bien-être social

**ATTENDU QUE** la santé des citoyens est d'importance primordiale et que la maladie a sur la société des répercussions considérables;

**ATTENDU QU'il y a lieu d'établir un système d'assurance-maladie;**

**ATTENDU QUE** l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie sont deux étapes importantes dans l'établissement d'une véritable politique de santé;

**ATTENDU QUE** le bien-être social et la santé, deux domaines intimement liés, sont de la compétence du Québec;

**ATTENDU QU'il y a lieu de faire une enquête générale sur la santé et le bien-être social au Québec;**

**IL EST ORDONNÉ** en conséquence, sur la proposition du ministre de la Santé,

**QUE** soit instituée, sous l'autorité de la Loi des Commissions d'enquête (*S.R.Q. 1964*, chapitre 11), une commission chargée de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social, et, sans restreindre son mandat, en particulier sur les questions relatives :

- a) à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social;
- b) à l'assurance-hospitalisation telle qu'actuellement appliquée;
- c) à l'établissement de l'assurance-maladie;
- d) à l'acte médical ainsi qu'à l'évolution de l'activité médicale et paramédicale;
- e) aux mesures d'aide sociale et à leur développement;

- f) à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social;
- g) aux mesures d'hygiène et de prévention;
- h) aux effectifs médicaux et paramédicaux ainsi qu'à l'équipement;
- i) à l'enseignement et à la recherche;

le tout en fonction des besoins de la famille et des individus.

QUE cette commission soit aussi chargée de faire enquête sur toute autre question que pourra lui soumettre le lieutenant-gouverneur en conseil;

QUE la commission soit tenue, lorsqu'elle en sera requise par le lieutenant-gouverneur en conseil, ou au fur et à mesure que l'état de ses travaux le permettra, de faire rapport de ses constatations, opinions et recommandations au lieutenant-gouverneur en conseil et de lui soumettre un rapport final avant le 1er janvier 1968;

QUE cette commission soit composée des personnes suivantes :

M<sup>e</sup> Louis-Philippe Bouchard, de Québec  
 M. Claude Castonguay, actuaire, de Québec  
 M. Jacques de la Chevrotière, administrateur, de Québec  
 Docteur Jacques Dinelle, de Montréal  
 Révérend Père André Guillemette, O. P., de Montréal  
 Docteur Georges A. Lachaine, de Verdun  
 M<sup>e</sup> Jeanne-d'Arc Lemay-Warren, de Westmount  
 M. William A. Dyson, travailleur social, de Montréal

QUE monsieur Claude Castonguay agisse comme président et que monsieur Gérard Nepveu agisse comme secrétaire de cette commission.

Copie conforme.

*Le greffier du Conseil exécutif,*  
 Jacques PRÉMONT.



## Introduction

Depuis la période de crise des années trente et, plus particulièrement, depuis la seconde guerre mondiale, le Québec a été le témoin et l'artisan d'une expansion considérable de la sécurité sociale. Au cours de cette période, la population et les autorités ont progressivement pris conscience du fait que, dans un monde qui s'industrialise et s'urbanise à un rythme accéléré, les problèmes sociaux ne peuvent plus être abordés comme des problèmes individuels ni résolus exclusivement au niveau de la famille et de la communauté locale. Sous la pression des besoins, les mesures se sont multipliées, de sorte que, aujourd'hui, la principale caractéristique du système de sécurité sociale québécois, c'est la grande diversité des régimes qui le constituent.

L'importance du développement de la sécurité sociale et des fonctions que, par le fait même, l'État doit assumer dans les domaines social et économique rend nécessaires une définition et une orientation nouvelles du rôle des organismes et des individus œuvrant dans les domaines de la santé et du bien-être social. Une telle transformation, à cela rien de surprenant, ne peut se produire sans qu'il en résulte de longs débats, des tensions, en somme un vaste processus collectif de remise en question dont les manifestations extérieures sont multifformes.

C'est dans ce contexte d'évolution que notre Commission fut instituée par le gouvernement du Québec, le 9 novembre 1966, avec mandat de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social. Le rôle essentiel de notre Commission est donc de présenter au gouvernement une conception d'ensemble de la sécurité sociale, à la fois dynamique et adaptée aux besoins, aux caractéristiques et aux ressources du Québec, dans les domaines de la santé et du bien-être social.

Devant une tâche aussi vaste que complexe, la Commission s'est mise au travail la journée même de l'assermentation de ses membres. Il lui importait, dès le début, de bien circonscrire son mandat afin d'orienter tous ses travaux particuliers en fonction de l'ensemble. Une fois cette phase terminée, il lui apparut que l'ampleur des questions en cause lui commandait de s'entourer de conseillers compétents dans les diverses sphères de ses préoccupations. Après avoir dressé un inventaire des études à effectuer, elle commença à en confier l'exécution à son personnel de recherche ou à des spécialistes de l'extérieur.

Alors que ses travaux progressaient normalement, le 10 mars 1967 le lieutenant-gouverneur en conseil lui demandait, par l'arrêté en conseil No 556, de donner « priorité aux questions relatives à

l'assurance-maladie et à la formation, aux relations professionnelles, aux conditions de travail et au mode de rémunération ou d'allocation des médecins internes et résidents et de faire rapport sur ces questions avant le 1er juillet 1967 ».

La Commission modifia en conséquence le programme d'exécution de ses travaux et fit porter davantage ses efforts sur le domaine de la santé. Le 6 juillet 1967, elle soumettait au gouvernement son rapport concernant les médecins internes et résidents<sup>1</sup>. Par suite, toutefois, des nombreux mémoires qu'elle reçut relativement à l'assurance-maladie et aux médecins internes et résidents et du temps qu'il lui fallut consacrer aux audiences publiques, elle demanda de retarder la remise de son rapport sur l'assurance-maladie au 15 août 1967<sup>2</sup>.

Les quelques données suivantes témoignent de la somme considérable de travail que la Commission a dû effectuer jusqu'à présent pour s'acquitter des tâches qui lui ont été confiées. Depuis le 9 novembre 1966, la Commission a consacré 65 jours à des séances plénières et 11 jours à des audiences publiques au cours desquelles 47 des organismes qui lui avaient présenté des mémoires exposèrent leurs vues sur les questions à l'étude. Est-il nécessaire de le mentionner ? Les renseignements contenus dans les mémoires ou transmis au cours des audiences publiques et des consultations privées lui ont été d'une aide extrêmement précieuse. Ce processus de consultation, qui lui a permis de mesurer la somme d'énergie et de bonne volonté qui se manifeste dans le domaine de la santé, lui a également révélé la gravité des tensions qui s'y développent et, bien souvent, divisent les institutions et les individus.

En d'autres termes, les mémoires et les audiences publiques ont permis à la Commission de constater que son travail se situe à un point tournant de l'orientation du monde de la santé face à l'évolution sur les plans technique et social.

La Commission désire, enfin, souligner que les travaux des commissions et des comités qui ont étudié, au cours des dernières années, certaines questions reliées à son mandat constituent un apport extrêmement important. Elle reconnaît, en particulier, que, sans les données qu'elle a puisées dans le premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, elle n'aurait pu terminer le présent rapport sur l'assurance-maladie dans un délai aussi court.

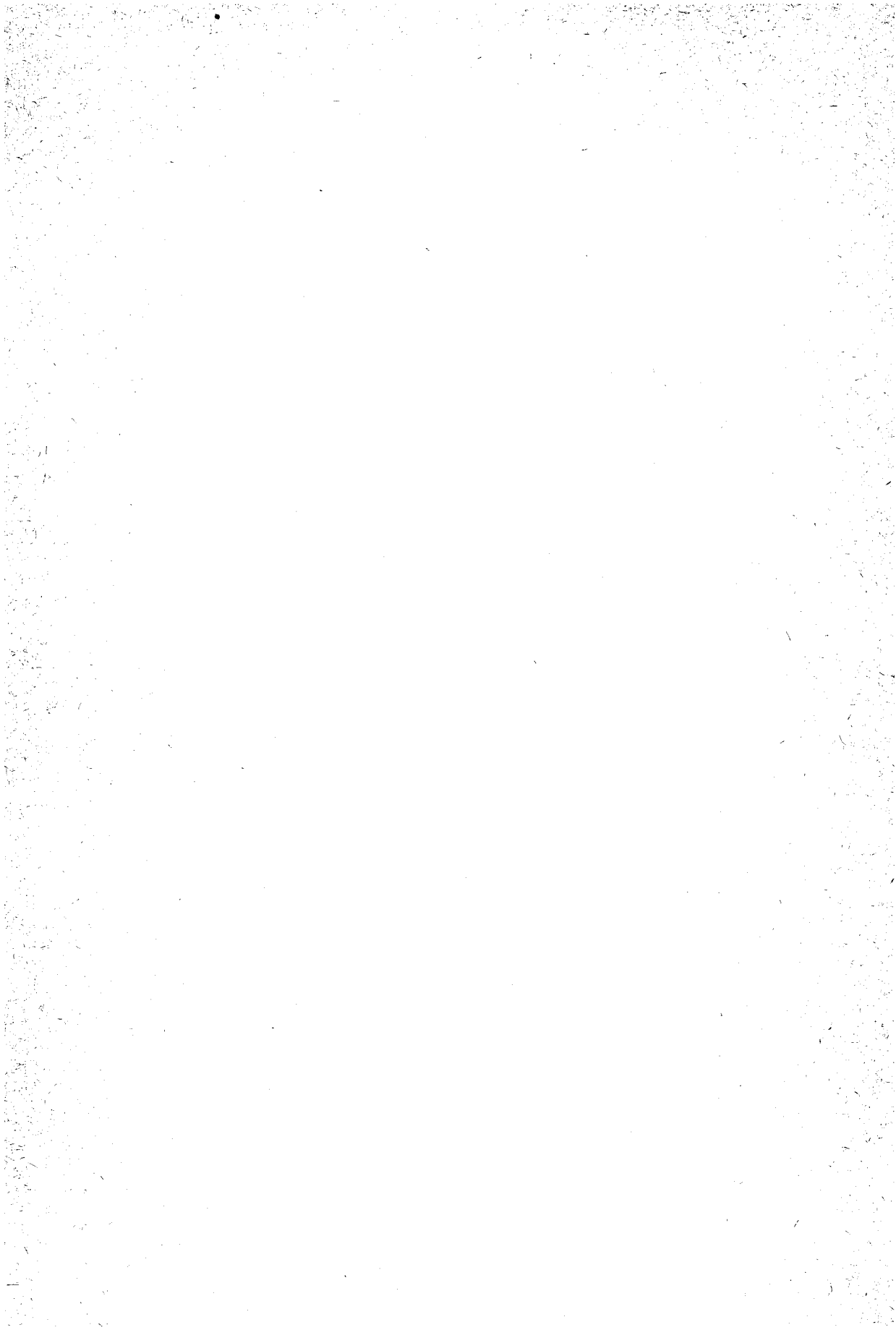
Enfin, la Commission exprime sa gratitude à tous ceux qui, de quelque façon, ont collaboré à l'accomplissement de sa tâche.

---

1. *Les médecins internes et résidents*, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, vol. II, Gouvernement du Québec, 1967.  
2. Arrêté en conseil No 1673 du 22 juin 1967.

---

## **La sécurité sociale**





# La sécurité sociale

## INTRODUCTION

Être affranchis de la misère, trouver plus sûrement leur subsistance, la santé, un emploi stable ; participer davantage aux responsabilités, hors de toute oppression, à l'abri de situations qui offensent leur dignité d'hommes ; être plus instruits, en un mot, faire, connaître, et avoir plus pour être plus : telle est l'aspiration des hommes d'aujourd'hui<sup>1</sup>.

Dès le début de son premier rapport, la Commission croit de son devoir d'exposer les objectifs qui l'ont guidée dans ses travaux et le choix des moyens à mettre en œuvre pour l'exécution de son mandat.

L'aspiration légitime des hommes d'aujourd'hui, que formule l'auguste citation liminaire, ne peut se satisfaire que dans le cadre d'une action concertée de la société tout entière. Toute communauté humaine doit, par conséquent, s'organiser de façon qu'elle permette à chaque individu de s'épanouir et, en lui fournissant la possibilité de satisfaire ses besoins légitimes, de participer à la vie sociale ; en un mot, toute communauté humaine doit se doter d'une politique sociale.

Les objectifs fondamentaux d'une politique qui veut garantir la sécurité que les hommes recherchent sont essentiellement :

- le respect et la sauvegarde des valeurs humaines ;
- le développement optimal de ces valeurs ;
- l'épanouissement des valeurs culturelles communément reconnues ; et
- la protection des individus et des familles contre certaines conséquences néfastes des changements sociaux.

## LE BESOIN DE SÉCURITÉ

La sécurité à laquelle l'homme aspire dans la société industrielle contemporaine s'explique en partie par son inquiétude à l'égard des transformations des structures sociales dont s'accompagne l'évolution technico-économique.

Beaucoup d'observateurs avertis affirment que l'insécurité qui se manifeste sous des formes très variées de désorganisation sociale aboutit, en fin de compte, à l'affaiblissement des forces vives de la société.

L'influence des transformations sociales sur l'individu a jusqu'ici fait l'objet de trop peu de recherche pour qu'on puisse démontrer

---

1. Encyclique *Populorum Progressio* de S. S. Paul VI.

avec rigueur la relation qui existe entre les symptômes de désorganisation sociale et l'insécurité de l'homme; celui-ci semble engagé dans un processus qu'il ne peut maîtriser, en face duquel il se trouve désarmé. En l'absence de structures institutionnelles de soutien suffisantes, l'homme paraît tout simplement incapable de faire face aux transformations permanentes d'un monde progressant sur le plan technologique et dont l'évolution influence sa vie et son épanouissement.

#### LE DÉVELOPPEMENT TECHNICO-ÉCONOMIQUE

Les difficultés s'accroissent du fait que l'application des découvertes scientifiques et l'augmentation des ressources matérielles tendent à devenir des fins en soi, accentuant ainsi le décalage entre le perfectionnement technico-économique et l'épanouissement de la société.

Souvent, on préconise comme objectif fondamental de la politique économique l'accroissement de la production et des investissements. Dans une telle optique, on a tendance à négliger des questions telles que la répartition des biens entre personnes, groupes ou régions, et on oublie trop aisément les facteurs qualitatifs qui conditionnent le bien-être de l'homme. On représente par des variables économiques d'ensemble (production totale, consommation totale, emploi total, etc.) des situations qui, n'étant illustrées que par des données globales, ne correspondent à aucune réalité.

#### LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Promouvoir la sécurité des individus et des familles et assurer ainsi leur mieux-être est en quelque sorte le but du développement social. Par cette expression, on entend un ensemble coordonné d'actions qui rendent plus humaine la condition de la totalité ou d'une partie de la population.

Si l'on accepte aujourd'hui, de façon générale, que le progrès d'une société résulte d'un sain équilibre entre l'économique et le social, il faut reconnaître que cet équilibre demeure encore un idéal à atteindre. Le progrès social, pas plus que le développement économique, ne peut être laissé au hasard; il exige une planification dont l'élaboration et la mise en œuvre présupposent la participation de toute la population et de tous les organismes sociaux. « Désirée » et non pas « imposée », cette planification doit sauvegarder les *valeurs culturelles* qui représentent un élément du niveau de vie au même titre que les *valeurs spirituelles* et *matérielles* : l'ensemble de ces trois facteurs constitue les fondements du bien-être et de la sécurité.

On a pensé, un temps, qu'une politique de redistribution du revenu offrait la clef du développement social et qu'il suffisait d'assurer des transferts de fonds de la période active à la période inactive de la vie,

et de la population aisée vers les économiquement faibles, pour atteindre les résultats escomptés. L'expérience de près d'un siècle montre que la question n'est pas aussi simple et que, pour fondamentale qu'elle soit, cette redistribution n'est qu'un des aspects d'une politique visant à promouvoir la sécurité de la population. L'ensemble des moyens mis en œuvre pour assurer le développement social peut se définir par l'expression « sécurité sociale ». Aujourd'hui, ce concept de sécurité sociale tend à s'élargir; par delà la garantie du revenu matériel, il englobe les autres conditions morales d'existence, la stabilité du foyer, la protection de la famille, la consolidation du milieu de vie.

D'un côté, le progrès social est un facteur essentiel de développement économique dans la mesure où il contribue à l'amélioration du potentiel humain et à la l'obtention d'un équilibre nécessaire entre l'offre et la demande pour les différents types de main-d'œuvre. De la même manière, le développement économique est essentiel au soutien de la sécurité sociale. On peut donc dire que le progrès social et le développement économique sont complémentaires et doivent être coordonnés dans l'intérêt du développement global équilibré d'une société. Loin de les confondre, il faut en respecter les objectifs propres, car ils procèdent de modèles théoriques et d'observations empiriques différents. Mais il est de toute première importance d'en assurer la coordination qui, seule, permet d'atteindre les objectifs complets du développement socio-économique global.

### **L'ÉVOLUTION DE L'IDÉE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

La Commission situe sans réserve l'assurance-maladie dans le cadre de la sécurité sociale, puisque celle-ci constitue l'ensemble des moyens favorables au développement socio-économique global dont il vient d'être question. Il nous apparaît donc utile, au début de ce rapport, de retracer brièvement la genèse de l'idée de sécurité sociale. Nous exposerons, ensuite, le système du bien-être du Québec, en tant que système de sécurité sociale.

Malgré la popularité croissante de l'expression « sécurité sociale » à travers le monde, depuis qu'elle a été utilisée pour la première fois par le président F. D. Roosevelt dans son célèbre message au Congrès des États-Unis en 1935, elle n'en demeure pas moins une notion vague qui recouvre, à l'heure actuelle, une variété de mesures disparates.

La popularité dont jouit cette expression est due principalement à sa puissance d'évocation; elle correspond à une aspiration profonde de l'homme moderne qui veut avoir la certitude non seulement de pouvoir manger le lendemain, d'assurer sa subsistance ainsi que celle de sa famille le reste de ses jours et de se faire soigner s'il est malade, mais aussi de bénéficier des avantages du développement économique et social du milieu dans lequel il vit. Cette aspiration à la sécurité

n'est certainement pas nouvelle; toutefois, ce n'est que récemment, grâce au progrès technologique, qu'elle est devenue une réalité accessible aux masses. « La sécurité sociale vise à compenser l'aveugle injustice de la nature et de la vie économique par l'application d'un système de justice rationnel et organisé, mais tempéré dans sa vigueur logique par un peu de bienveillance humaine<sup>1</sup>. »

Le mouvement en faveur de la sécurité sociale, dont les débuts remontent à la fin du siècle dernier, a pris une ampleur considérable depuis la deuxième guerre mondiale; la sécurité sociale est l'objectif prioritaire de l'heure dans la plupart des pays.

En 1941, la *Charte de l'Atlantique* a imposé la sécurité sociale à l'attention des peuples en proclamant la nécessité de libérer les hommes du besoin, afin d'encourager la masse de la population à soutenir d'une façon vigoureuse les efforts exigés par la guerre.

En 1944, la Conférence internationale du Travail de Philadelphie adopta un certain nombre de recommandations pour affirmer notamment qu'« un des objectifs primordiaux de l'Organisation internationale du Travail est de promouvoir le plein emploi en vue de satisfaire les besoins vitaux des populations et, en général, d'élever le niveau de vie ». Ses recommandations posent le principe de l'établissement d'une garantie des moyens d'existence sur la base de l'assurance sociale obligatoire et, à défaut d'une telle mesure, d'une assistance sociale, et de la création d'un service de soins pour toute la population.

La *Déclaration universelle des droits de l'homme*, adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations unies, stipule, dans son article 22, que « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité ». L'article 25 est encore plus précis :

- 1) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
- 2) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors du mariage, jouissent de la même protection sociale.

La Conférence internationale du Travail ne s'est d'ailleurs pas contentée de la déclaration de principe de Philadelphie. En 1952, elle a élaboré une convention établissant la norme minimale de la sécurité sociale, en indiquant les éventualités à couvrir, les personnes à protéger en cas de réalisation de ces éventualités ainsi que l'étendue de la protection.

---

1. Bureau international du Travail : *La Sécurité sociale*, Genève, 1958, p. 1.



Les mêmes principes et les mêmes conceptions trouvent leur consécration dans les textes constitutionnels de plusieurs pays. Ainsi, le préambule de la *Constitution française du 27 octobre 1946* déclare :

La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs...

## DÉFINITION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jusqu'à maintenant, la sécurité sociale se définit de deux façons : soit en fonction de ses objectifs finaux, soit en fonction des programmes, des services et des organismes qui la constituent<sup>1</sup>. Pour notre part, nous la définirons en nous référant au concept de niveau de vie, de façon à éviter le double écueil d'une définition trop large ou trop limitative.

### Définition en fonction de ses objectifs finaux

La sécurité sociale peut se définir comme un but à atteindre. C'est ainsi que, d'après William Beveridge, la sécurité sociale a pour « objectif d'abolir l'état de besoin en assurant à tout citoyen un revenu suffisant, à tout moment, pour satisfaire à ses charges ». Selon Pierre Larocque, « le but des politiques de la sécurité sociale est de garantir à chaque homme qu'en toute circonstance il sera à même d'assurer, dans des conditions convenables, sa subsistance et celle des personnes à sa charge<sup>2</sup> ».

Une définition aussi large de la sécurité sociale a cependant le défaut d'embrasser tellement de choses qu'on pourrait y inclure des mesures aussi variées que les politiques de l'emploi, de l'éducation, de l'aménagement des territoires, des prix agricoles, même les politiques de circulation et, à la rigueur, la défense nationale qui, elle aussi, vise à assurer la sécurité de la population; elle comporte aussi le désavantage de masquer son rôle spécifique, en associant ses objectifs propres aux objectifs d'autres domaines de l'activité humaine.

La politique économique comprend des mesures à caractère social visant à fournir aux individus les moyens d'exercer une activité productrice et à lutter contre le chômage et le sous-emploi, alors que les objectifs de la sécurité sociale veulent assurer à tous les individus, quelle que soit leur situation par rapport au marché du travail, la sécurité et le bien-être.

---

1. Pour la définition des régimes de maintien du niveau de vie et des programmes de services, voir pp. 27-28 et pp. 30-31.

2. Jean-Jacques Dupeyroux : *Sécurité sociale*, Paris, Dalloz, 1965, p. 11.

## Définition en fonction des programmes et des services

Les difficultés inhérentes à une définition aussi large de la sécurité sociale ont induit les organismes internationaux et, en particulier, le Bureau international du Travail, à relier la sécurité sociale, sur le plan opérationnel, à un faisceau d'événements qui ont la caractéristique commune d'influencer directement le niveau de vie; ces événements sont : la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la maternité, la vieillesse, le décès, les charges familiales, le chômage et l'invalidité. Dans leur pensée, la sécurité sociale consiste à distribuer des prestations en espèces, en nature ou sous forme de services pour atténuer les effets de ces divers événements.

Cette conception, qui recouvre ce que l'on a pris l'habitude d'appeler les programmes de maintien du revenu, est par contre trop restreinte. Elle ne tient compte ni des aspects non matériels du niveau de vie, ni de la nécessité de mesures de prévention et de réadaptation.

La sécurité sociale ne peut se limiter à une redistribution des revenus dans le cadre d'une solidarité communautaire ni à un transfert de revenu d'une catégorie sociale à une autre, même si son action contribue à la stabilisation et à l'accroissement du pouvoir d'achat de la population bénéficiaire des prestations ou des services.

## Définition de la sécurité sociale en fonction du niveau de vie

Dans la pensée actuelle, la notion de la sécurité sociale, en théorie comme dans les faits, doit englober les mesures visant à la prévention de la réalisation des risques sociaux et les mesures visant à l'amélioration des niveaux de vie qui dépassent l'octroi de prestations en espèces et la fourniture de services destinés à améliorer la santé et le fonctionnement social des individus. Cette conception est une exigence du développement social et économique.

La meilleure façon de définir, semble-t-il, la sécurité sociale, c'est encore de se référer au concept de niveau de vie, qui excède largement la simple consommation de biens et de services. Certes, il est difficile de le préciser mathématiquement et objectivement, car chaque individu ou chaque famille a des aspirations propres et une situation particulière. On peut néanmoins tenter d'en énumérer les principaux éléments. Ce sont :

- a) les biens et les services généralement achetés au moyen du revenu total en argent d'un individu ou d'une famille, y compris les gains saisonniers et d'appoint<sup>1</sup>;

1. Nations unies : *Rapport sur une politique coordonnée en matière de niveaux de vie familiaux*, Département des Affaires économiques et sociales, New-York, 1957, p. 6.

- b) les biens destinés à la subsistance, tels que les denrées alimentaires produites par un individu ou une famille;
- c) les biens et les services destinés à promouvoir la santé, l'éducation, etc., fournis par l'État à l'individu ou à la famille, ainsi que les services du même ordre fournis gratuitement par des organismes privés;
- d) les biens et les services dont bénéficie la famille grâce aux revenus d'appoint et de remplacement dispensés par l'État et d'autres organismes; il s'agit ici des différentes catégories de prestations d'assurance et d'assistance sociales en espèces et en nature, aussi bien que des prestations d'assurance privée et des dons charitables relevant de l'initiative privée;
- e) le degré de sécurité et de stabilité du revenu familial;
- f) enfin, les différents aspects non matériels du niveau de vie, tels que le degré d'adaptation effective aux relations familiales et sociales, l'accès à la culture, le respect des droits de l'homme, en particulier l'absence de toute forme de discrimination.

Les facteurs généraux non matériels du niveau de vie familial dépendent, dans une certaine mesure, de la manière dont est fournie l'assistance extérieure mentionnée aux alinéas c) et d).

Même incomplète, cette énumération des différents éléments constitutifs du niveau de vie permet de mettre en relief les principales mesures et les services visant à sa sauvegarde et à son amélioration, de même que leur interdépendance, savoir :

- a) toutes les mesures visant à la sauvegarde des différentes sources d'où un individu ou une famille tire ses revenus ou sa subsistance : par exemple, les mesures de protection de la propriété, de sécurité et d'utilisation efficace de la possession, d'exploitation et d'amélioration des industries artisanales, rurales, saisonnières et domestiques, sources d'emplois nouveaux dans les régions agricoles sous-développées;
- b) toutes les mesures visant à la protection contre les risques auxquels est exposé le produit du travail : à titre d'exemples, les systèmes d'assurance protégeant les récoltes et le bétail de la famille rurale contre les catastrophes naturelles, la protection des salaires et des conditions de travail destinées à prévenir la détérioration de la capacité productive de l'individu (comme la protection de la travailleuse dans l'industrie, le réglementation du travail de nuit, les mesures de santé et d'hygiène);
- c) toutes les mesures visant à la protection contre les risques de l'existence, tels que la maladie, l'invalidité, les accidents, la vieillesse, et contre les risques familiaux, comme le décès du gagnepain; il s'agit ici non seulement de l'octroi de revenus de

remplacement, mais aussi de l'organisation d'établissements chargés de restaurer la capacité du travail (les services publics de santé et de rééducation des invalides) ;

- d) les différents services sociaux qui contribuent à améliorer le niveau de vie familial, tels que les services destinés à la famille, à l'enfance, à des groupes, aux personnes atteintes de déficiences sociales, physiques ou mentales, les services communautaires ;
- e) les services qui aident l'individu et la famille à faire une meilleure utilisation de leurs revenus.

Ces trois dernières catégories de mesures constituent l'objet propre de la sécurité sociale.

Nous pouvons donc définir la sécurité sociale comme un ensemble de mesures visant à la protection du niveau de vie :

- a) par la couverture des charges ou l'indemnisation des éventualités dont les conséquences influencent défavorablement le niveau de vie des individus et des familles ;
- b) par l'octroi d'assistance en cas de détérioration du niveau de vie ;
- c) par la fourniture de services visant à aider les individus et les familles à prévenir la détérioration de leur capacité de gains, totale ou partielle, ou à recouvrer cette capacité.

## **L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Sur le plan opérationnel, la sécurité sociale se traduit par des programmes ou des régimes dont l'ensemble constitue, à un moment donné, le niveau de protection qu'atteint une population. Ces programmes se subdivisent en deux grandes catégories : les programmes de maintien du revenu et les programmes de services.

Même si les services ont précédé, dans le temps, les programmes de maintien du revenu, ils ont été relégués à l'arrière-plan au moment de l'apparition de ces derniers ; on croyait alors, en effet, que les programmes de maintien du revenu suffiraient à protéger le niveau de vie. Par la suite, on s'est rendu compte que ces seuls programmes ne suffisaient pas. Il n'y a donc pas d'opposition entre les programmes de services et les programmes de maintien du revenu, mais complémentarité. Les services doivent enrayer, dans nombre de cas, les événements qui sont à la base du versement des prestations en espèces et les prévenir dans d'autres.

On a aussi constaté, au cours des années, que l'efficacité d'un système de sécurité sociale dépend, en grande partie, de l'ampleur et de la qualité de chacun des programmes qui le composent. Elle résulte aussi de l'intégration de ces programmes dans un ensemble cohérent, de l'établissement de priorités eu égard aux objectifs poursuivis et de la coordination de cet ensemble avec les programmes privés, dans la mesure où ceux-ci servent des fins identiques.



Il peut être utile ici d'examiner brièvement la façon dont ont évolué les deux mécanismes fondamentaux de la sécurité sociale, l'assurance et l'assistance sociales, et de montrer comment ils diffèrent des quatre formes de protection dont ils ont émergé sous la pression des besoins; ces quatre formes de protection sont la charité et la philanthropie privées, le mouvement mutualiste, l'assurance collective dans les entreprises et l'assurance privée.

## LES FORMULES TRADITIONNELLES

### **La charité et la philanthropie privées**

La première forme de protection est celle de la charité.

L'Église chrétienne primitive agissait comme un vaste mécanisme de redistribution des biens considérés comme un dépôt pour fins charitables. Valable pendant longtemps, ce mécanisme n'est plus en mesure de répondre aux exigences de la sécurité sociale d'une population, parce que l'équilibre entre les ressources et les besoins ne peut être assuré par un simple apport de dons. La philanthropie, qui s'inspire d'un idéal humanitaire et qui tire elle aussi ses ressources de dons, ne peut pas plus que la charité satisfaire aux exigences de la sécurité sociale. Toutes deux, cependant, doivent être maintenues dans une société dotée d'un système complet de sécurité sociale.

### **Le mouvement mutualiste**

Deuxième source de la sécurité sociale moderne, les mutuelles du type européen peuvent se définir comme des associations de prévoyance, à but non lucratif, de personnes solidaires qui, moyennant cotisation périodique, s'assurent entre elles, spécialement contre les éventualités imprévisibles et onéreuses.

Au Québec, ces mutuelles traditionnelles n'ont jamais connu une prospérité comparable à celle dont elles ont joui, au XIXe siècle surtout, en Europe occidentale. L'utilité sociale réelle des mutuelles, basées sur les principes de la solidarité et de la prévoyance, n'a pas réussi, toutefois, à en dissimuler les insuffisances sur le plan global car, tant qu'elles restent fidèles à leur formule traditionnelle et qu'elles acceptent toutes les personnes désireuses de se solidariser, les mutuelles sont menacées de ne grouper que les individus les plus gravement exposés au risque et, par conséquent, elles ne peuvent offrir qu'une protection limitée.

Au Québec, les mutuelles du type traditionnel se retrouvent, pour la plupart, au sein d'une entreprise, d'une association ou d'autres groupements très restreints. On en compte environ 80 et elles groupent au plus 50,000 membres.

## **L'assurance collective dans les entreprises**

L'assurance collective dans les entreprises constitue une troisième source de la sécurité sociale moderne. Qu'elle procède de l'initiative de l'employeur ou des travailleurs, ou encore qu'elle découle d'un accord conclu entre employeur et employés dans le cadre de négociations collectives, cette mesure de protection a rendu de très grands services dans le passé et continue à jouer un rôle important. Toutefois, sa capacité de promouvoir le bien-être global est limitée parce qu'elle ne s'adresse, en général, qu'à une fraction de la main-d'œuvre et que les conditions d'attribution des indemnités sont liées au fait de l'emploi. En perdant son emploi, le travailleur perd souvent ses avantages sociaux et c'est au moment où il a le plus besoin de protection qu'il en reçoit le moins. D'un autre côté, les avantages sociaux, négociés dans le cadre des conventions collectives de travail, procèdent souvent de préoccupations patronales et syndicales qui ne sont pas nécessairement en rapport avec le bien-être des personnes en cause; pour les uns, il s'agit d'attacher le travailleur à l'entreprise et, pour les autres, de promouvoir le recrutement de nouveaux adhérents.

### **L'assurance privée <sup>1</sup>**

Les sociétés d'assurance ont joué également un rôle important dans la protection sociale. Mais elles ne sont jamais parvenues à s'adapter parfaitement, du point de vue de l'assuré, aux exigences de la sécurité sociale. Les sociétés d'assurance, qu'elles soient mutuelles ou à capital-actions, que leur objectif soit le service ou le profit ou les deux à la fois, sont des entreprises de haute tenue, obéissant à des normes très strictes de solvabilité et appuyant leurs opérations sur des calculs actuariels. Même si les sociétés d'assurance sont souvent gérées de façon plus efficace que les services publics, il n'en reste pas moins qu'elles offrent des conditions plus avantageuses aux « bons risques », c'est-à-dire aux personnes qui, en raison de leur âge, de leur santé, de leur situation, seront le moins souvent exposées à demander une prestation. Les petits salariés et les personnes à revenu modique ou irrégulier peuvent difficilement payer les primes exigées ou en poursuivre les versements sans interruption. Voilà pourquoi les sociétés d'assurance ne sont pas en mesure de fournir une protection à l'ensemble de la population et elles ne pourront jamais qu'ajouter un supplément à la sécurité sociale pour les individus désirant une protection additionnelle qu'ils sont capables de financer eux-mêmes.

---

1. Voir l'appendice I sur la situation actuelle des régimes privés d'assurance-maladie au Québec.

## LES FORMULES NOUVELLES

Le caractère commun des quatre mécanismes décrits plus haut est d'offrir une protection facultative et sélective ; ils ne peuvent satisfaire à toutes les exigences du développement social, mais ils jouent un rôle d'appoint extrêmement important. Il a donc fallu trouver des formules nouvelles et les adapter aux conditions démographiques, politiques et économiques des sociétés. L'impulsion donnée à cette évolution découle toujours du principe que la société doit pourvoir aux besoins de ceux de ses membres qui sont, pour une raison ou pour une autre, incapables de maintenir un niveau de vie convenable. Ces besoins communs indiscutables sont universels, mais ils ne sont pas nécessairement uniformes ; ils sont universels dans le sens que les problèmes de subsistance des individus et des familles sont de tous temps et de tous lieux, mais ils ne sont pas uniformes si on les envisage du point de vue d'une société déterminée, dont les besoins ne sont pas nécessairement identiques au total des besoins des individus qui la constituent. De ce fait, un régime de sécurité sociale devient un instrument spécifique répondant aux besoins particuliers d'une société donnée et reflétant sa situation socio-économique, de même que ses préoccupations culturelles et son appréciation des valeurs.

Les trois formules nouvelles ont été l'assistance sociale, l'assurance sociale et les régimes universels de prestations en espèces et sous forme de services.

### **L'assistance sociale**

Par ce terme, il faut entendre toute action des autorités publiques visant spécifiquement à aider les citoyens indigents. Cette action peut s'exercer à divers échelons de l'administration publique, en commençant par les autorités municipales, car les gouvernements supérieurs préfèrent souvent amener les autorités locales à organiser l'assistance aux indigents plutôt que d'administrer leur propre régime. C'est le principe de la loi des pauvres qui a régi l'assistance sociale au Canada pendant très longtemps.

Au départ, l'assistance sociale s'est, dans une certaine mesure, confondue avec une action de police. L'assistance visait souvent à défendre la société contre la menace que représentaient, pour l'ordre public, les indigents. En outre, bien des institutions dites sociales étaient en même temps des institutions répressives ; c'était le cas des dépôts de mendicité en France et des maisons de travail ou *workhouses* en Grande-Bretagne.

À ce souci de défense spontanée, inhérent à toute société, s'est ajoutée, pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, une préoccupation résultant de la philosophie libérale de l'époque.

À partir du moment, en effet, où l'on reconnaît que l'homme est libre, qu'il lui appartient de définir son sort et, par conséquent, de se tailler une place dans la société, celui qui échoue apparaît comme un coupable et mérite d'être puni. La notion de culpabilité du pauvre a profondément empreint la philosophie du monde occidental et nous en retrouvons la trace dans la plupart des régimes d'assistance sociale qui prévoyaient, en même temps que l'octroi d'un maigre secours, des sanctions morales ou physiques contre les bénéficiaires. La plus répandue de ces sanctions était la suspension du droit de vote jusqu'à ce que l'indigent ait pu rembourser les montants reçus sous forme d'assistance.

Par la suite, la notion de la culpabilité du pauvre s'est progressivement effacée pour faire place à l'idée que les indigents étaient plutôt des victimes de la société et de son évolution. Cette conception a abouti à des distinctions arbitraires entre les différentes catégories d'indigents selon leur capacité présumée de pourvoir eux-mêmes à leurs besoins. C'est l'origine des régimes d'assistance par catégorie dont le premier remonte à la fin du XIXe siècle au Danemark. Les premiers bénéficiaires de ces régimes furent les vieillards, les enfants, puis les invalides. Les adultes aptes au travail ont toujours été les derniers à bénéficier d'une telle protection.

Le système d'assistance sociale fut généralisé, c'est-à-dire étendu à l'ensemble de la population indigente, sans distinction de sexe, d'âge ou d'état physique, en Nouvelle-Zélande, à la veille de la deuxième guerre mondiale. C'est un des rares pays à avoir choisi la formule d'assistance sociale généralisée et épurée de son caractère discrétionnaire pour résoudre le problème de la pauvreté. La majorité des pays industriels avaient, en effet, opté pour des régimes d'assurance permettant de mieux mettre en relief le droit personnel de l'individu à la protection.

Le système d'assistance se fonde sur le principe que chaque membre de la collectivité jouit d'une créance alimentaire qu'il peut invoquer lorsque ses revenus sont inférieurs à un montant considéré comme nécessaire à sa subsistance. La condition essentielle d'attribution de la prestation est l'état d'indigence tel que la loi ou les règlements le définissent. Avec le temps, les conditions d'attribution furent assouplies pour éviter l'ingérence indue des autorités publiques dans la vie privée des individus par la vérification des ressources ou des besoins.

### **L'assurance sociale**

Vers la fin du XIXe siècle, plusieurs pays du continent européen, convaincus que les travailleurs sans spécialité étaient incapables d'assurer eux-mêmes leur propre sécurité, décidèrent, plus par né-

cessité politique qu'avec enthousiasme, de subventionner des systèmes d'épargne volontaire. Dans quelques pays, ces tentatives ont donné de bons résultats mais, dans d'autres, on dut les abandonner.

Au Danemark et en Suisse, il subsiste encore aujourd'hui des régimes subventionnés d'assistance mutuelle contre la maladie. En Suède, les syndicats continuent de gérer, avec une aide financière de l'État, des régimes d'assurance-chômage volontaires. Cette formule présente l'avantage d'associer l'individu et l'État qui, tous deux, partagent la responsabilité du fonctionnement efficace du régime. Elle a le désavantage de ne pas attirer le manœuvre et le petit salarié qui refuse ou est incapable de payer sa quote-part.

Pour éliminer les désavantages des régimes d'assurance subventionnés et facultatifs, le gouvernement allemand institua, entre 1883 et 1889, un premier système d'assurance sociale qui servit de modèle à tous les régimes subséquents du même genre. Le système fut appliqué en trois étapes : assurance-maladie en 1883, assurance-accidents du travail en 1884, et assurance-invalidité et vieillesse en 1889. Ces trois assurances étaient obligatoires pour les petits salariés de l'industrie.

L'exemple de l'Allemagne fut bientôt suivi par l'Autriche, puis, une trentaine d'années plus tard, par le Royaume-Uni, les pays de l'Europe occidentale, l'U. R. S. S. et le Japon. Après la grande crise des années trente, cette forme d'assurance sociale obligatoire s'étendit aux États-Unis et au Canada.

Ces régimes d'assurance étaient axés exclusivement sur le travail ; leur objectif était avant tout de protéger les revenus du petit salarié contre les éventualités qui pouvaient atteindre ou diminuer son potentiel économique. Les prestations étant proportionnées aux salaires ou aux gains antérieurs, elles pouvaient être supérieures tout autant qu'inférieures au montant nécessaire pour satisfaire les besoins incompressibles, et ne pas assurer le minimum vital.

Avec le temps, les régimes d'assurance sociale ont subi des transformations radicales. Le plafond des gains, qui limitait la protection aux petits salariés, a été progressivement haussé et de nouvelles catégories de travailleurs ont été incluses dans le cercle des personnes protégées. Par ailleurs, le lien direct entre les cotisations et les prestations, caractéristique fondamentale de l'assurance classique, a subsisté jusqu'à un certain point dans les assurances sociales et est devenu de plus en plus conventionnel. Pour assurer une meilleure protection aux petits salariés, on fixa des prestations minimales et on établit un rapport dégressif entre les prestations et les cotisations, au fur et à mesure qu'on s'élevait dans l'échelle des gains. Afin d'étendre la protection à l'ensemble de la population, tout en conservant le mécanisme d'assurance, Beveridge a conçu un régime centré non pas sur le travail mais sur le besoin. Contrairement aux régimes antérieurs,

les prestations n'étaient pas, dans ce système, proportionnées aux gains antérieurs; elles étaient uniformes et devaient assurer aux bénéficiaires le minimum vital.

#### **Les régimes universels de prestations en espèces et sous forme de services**

Après la deuxième guerre mondiale, on voit apparaître un autre mécanisme de sécurité sociale juxtaposé aux régimes d'assistance et d'assurance sociales. Dans ce mécanisme, l'État assure, à même les deniers publics, des versements en espèces ou des services à chaque membre de la collectivité classé dans une catégorie bien définie de la population. Ce mécanisme représente une nouvelle étape dans l'évolution de la protection sociale. Le système Beveridge avait éliminé la relation entre les prestations et les gains antérieurs en fixant des taux uniformes. Ce nouveau système change les modalités de financement mais l'octroi, au lieu d'être fondé sur le besoin constaté, est basé sur le besoin présumé. Par exemple, on fournit des allocations familiales aux familles ayant des enfants, on présume que les enfants représentent une charge supplémentaire et sont, par conséquent, générateurs de besoins. Ce mécanisme est loin, dans son esprit, de l'assistance traditionnelle. Quelques pays le rangent dans la catégorie des assurances sociales dans lesquelles la prime est payée, par les membres de la société, sous forme d'impôt.

*Le choix entre l'assurance et les régimes universels de prestations.* — La principale différence entre l'assurance sociale traditionnelle et les régimes universels de prestations en espèces réside dans le montant des prestations octroyées; les régimes universels octroient des prestations uniformes, alors que l'assurance accorde des prestations proportionnées aux gains. Cette différence s'estompe lorsque le régime d'assurance octroie lui-même des prestations uniformes, comme c'est le cas dans le régime national d'assurance britannique ou, encore, dans le régime de l'assurance-vieillesse du Canada. La seule différence qui subsiste alors se situe au niveau des modes de financement qui déterminent jusqu'à un certain point la distribution de l'effort social.

Les tenants des régimes universels soutiennent que ceux-ci sont plus équitables, étant donné que les fonds proviennent du budget général de l'État et que les charges peuvent être réparties sur l'ensemble de la population. Ces régimes, ajoutent-ils, sont plus flexibles et peuvent s'adapter plus facilement aux besoins résultant des transformations sociales. Ces mêmes personnes critiquent l'assurance en montrant que les cotisations basées sur les salaires sont régressives et défavorisent les petits salariés. Par suite du champ d'application nécessairement limité, l'assurance n'atteint pas toutes les personnes qui auraient besoin de protection.

Les tenants de l'assurance soulignent la popularité et l'expansion rapide de cette mesure à travers le monde; des réserves importantes peuvent être accumulées, disent-ils, par les caisses pour faire face aux périodes de marasme économique. En outre, cette protection est plus équitable lorsque se produit l'éventualité aux conséquences préjudiciables.

Le choix entre l'assistance sociale, les régimes universels et l'assurance sociale se fait dans chaque pays sur le plan politique. En général, c'est la solution, politiquement plus acceptable, des assurances sociales qui a triomphé et qui continue à s'imposer dans la plupart des sociétés industrielles. Cette solution modifie non pas le volume global de l'effort social, mais sa répartition entre les différentes catégories de la population.

Pour résumer, il n'y a pas d'opposition fondamentale entre le mécanisme d'assurance et celui du régime universel, si les montants des prestations sont uniformes. L'un et l'autre sont basés, en effet, sur la conception distributive de la sécurité sociale, où la modalité de financement a perdu sa signification réelle. Dans cette conception, la sécurité sociale apparaît comme un système de redistribution du revenu national assurant des prestations, soit uniformes, soit proportionnelles aux gains antérieurs, dont l'objectif, dans un cas comme dans l'autre, est de sauvegarder le niveau de vie.

La conception distributive de la sécurité sociale diffère de la conception commutative des pays socialistes qui ont adopté des mécanismes visant à étaler, sur les périodes d'activité professionnelle et d'inactivité, la contrepartie de la vie professionnelle des bénéficiaires et de leur travail. Cette contrepartie prend tantôt la forme de salaires ou de traitements, tantôt la forme de prestations; loin d'être uniformes, celles-ci sont proportionnelles, voire égales au salaire de l'intéressé dont le niveau de vie est ainsi maintenu. La sécurité sociale est, dans cette perspective, un système de garantie du revenu individuel.

Entre les régimes d'assurance octroyant des prestations proportionnées aux gains antérieurs, ou aux contributions, et les régimes universels, la différence devient alors plus marquée car ils ne protègent pas nécessairement la même population contre les mêmes besoins; ces deux mécanismes sont complémentaires.

*La superposition de régimes d'assurance à des régimes universels de prestations.* — Au risque de trop simplifier une question fort complexe, essayons de synthétiser la situation de la façon suivante<sup>1</sup> :

- a) Sur le plan individuel, la sécurité sociale doit protéger deux groupes : les économiquement faibles et les salariés. L'économi-

---

1: Notre postulat, c'est que, dans un pays démocratique, le système de sécurité sociale évolue en fonction du désir de la population.

quement faible doit avoir la garantie d'un niveau de vie raisonnable; le salarié, si l'éventualité qui lui est préjudiciable se produit, la garantie du maintien du niveau de vie qu'il s'est assuré par son travail <sup>1</sup>.

- b) Sur le plan social, l'intérêt de la collectivité veut que l'économiquement faible puisse améliorer sa situation et élever son niveau de vie au-dessus de ce minimum en augmentant sa capacité de production et de consommation; quant au salarié, l'intérêt collectif exige le maintien de son niveau de vie.

Les régimes universels de prestations de même que l'assistance sociale octroyée comme un droit répondent aux besoins des économiquement faibles. Cependant, si l'assistance sociale est versée à titre de privilège, elle va à l'encontre des droits fondamentaux de l'homme et ne peut pas être considérée comme une mesure de sécurité sociale visant à la protection du niveau de vie. L'assurance, dont les prestations sont proportionnées aux gains antérieurs, répond aux besoins des travailleurs. Un régime unique peut difficilement satisfaire ces deux types de besoins. Aussi a-t-on cherché récemment à superposer, aux régimes octroyant des prestations uniformes, des régimes accordant des prestations proportionnées aux gains antérieurs. Plusieurs pays ont adopté cette solution.

*Efficacité opérationnelle.* — L'efficacité opérationnelle d'un système de sécurité sociale est déterminée par quatre critères :

- a) le premier concerne les éventualités à couvrir. La protection sociale est efficace dans la mesure où les différentes éventualités génératrices de besoins sont couvertes selon un ordre de priorités déterminé par les besoins et de façon que les différentes catégories de la population bénéficient d'une sécurité à peu près comparable. La protection relativement plus étendue d'une catégorie de la population par rapport aux autres peut être une source de tension sociale de même qu'elle peut nuire au rendement optimal du système;
- b) le second critère concerne, dans les différents régimes, leur champ d'application. Sous l'influence des doctrines prévalant au XIX<sup>e</sup> siècle, on a cru longtemps que la protection sociale devait se limiter aux petits salariés, en raison des risques de la vie professionnelle, et aux économiquement faibles. Mais, par la suite, on s'est aperçu que, sur le plan technique, il était impossible, sans créer des inégalités sociales flagrantes, de délimiter objectivement, dans une population exposée au risque, la couche « vulnérable » qu'on devait protéger. L'établissement d'un plafond, toujours arbitraire, au-dessus duquel les personnes ne sont pas

1. Les concepts de salarié et d'économiquement faible ne sont pas exclusifs, étant donné qu'un petit salarié peut être un économiquement faible; ils se réfèrent cependant à deux niveaux d'aspirations.



admissibles à la protection, pénalise indûment la population marginale et l'encourage à la stagnation, étant donné que toute tentative de sa part d'améliorer ses gains peut entraîner la perte de la protection qui lui est octroyée;

- c) le troisième critère a trait aux prestations octroyées. L'efficacité opérationnelle des prestations peut s'apprécier du point de vue du bénéficiaire ou du point de vue social. Dans la première perspective, le critère d'évaluation est la capacité d'assurer la sécurité individuelle du bénéficiaire, soit par rapport à son niveau de vie antérieur, soit par rapport à une norme « sociale » de consommation. Dans la seconde perspective, le critère d'évaluation est la fréquence des éventualités donnant lieu au versement de la prestation ou aux services par rapport à l'étendue de la population assurée, ou un autre indice du même genre. En d'autres termes, dans la première perspective, on met l'accent sur la protection du niveau de vie individuel; dans la seconde, sur la protection du niveau de vie envisagé globalement. L'efficacité d'un régime comme celui de l'assurance-chômage peut être examinée, soit du point de vue de la protection qu'il octroie à ceux qui sont admissibles aux prestations, soit du point de vue de la proportion des personnes en chômage qui bénéficient de la protection du régime.

Ces deux aspects, l'individuel et le social, ne s'opposent pas, mais, dans une politique de développement, il peut devenir nécessaire d'établir des priorités;

- d) le quatrième critère a trait à l'intégration et à la coordination des différents régimes de services et de prestations et la répartition équitable de l'effort social.

La couverture progressive des principaux risques sociaux et l'extension par étapes de cette protection à différentes couches de la population ont créé, faute de coordination, une situation chaotique : la protection accordée varie d'une classe socio-professionnelle à une autre, et la répartition de l'effort social requis ne respecte pas toujours l'équité. Un chef de famille victime d'un accident du travail, par exemple, n'a pas la même protection que celui qui est victime d'un accident de la route, alors que les conséquences individuelles, familiales et sociales de ces deux événements peuvent être les mêmes. Par ailleurs, les individus ne paient pas selon leur capacité financière, mais selon les régimes auxquels ils sont tenus d'adhérer. De plus, l'octroi de prestations en espèces n'étant pas en soi une garantie que les bénéficiaires atteignent au niveau de vie socialement souhaitable, l'efficacité opérationnelle des régimes est sujette à controverse; d'où la nécessité d'intégrer, dans leurs opérations, des mesures visant à assurer la réalisation des objectifs sociaux.

## QUELQUES INCIDENCES ÉCONOMIQUES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Il est impossible de dissocier le domaine de la vie sociale de celui de la vie économique, car il y a une interdépendance profonde entre ces deux champs de l'activité humaine. La sécurité sociale, comme politique globale d'action et de progrès social, s'est développée, nous l'avons mentionné précédemment, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à l'intérieur des sociétés qui avaient atteint un certain degré d'industrialisation sans avoir pour autant atteint la stabilité économique. Elle représentait, au début, une sorte de compromis entre les objectifs économiques menacés par le chômage et les objectifs sociaux. La sécurité sociale, qui visait à corriger les conséquences de l'inégalité économique, s'est, cependant, insérée dans le cadre, les structures et le fonctionnement d'un système économique qui était lui-même à l'origine des disparités de revenus. C'est ce qui a permis à un auteur contemporain d'affirmer :

Les politiques de sécurité sociale ont l'avantage de produire les avantages maximums avec le minimum de changement dans l'ordre économique. Elles ne sont en aucune façon des étapes vers l'égalité, et ne contiennent pas de normes qui puissent permettre de juger jusqu'où l'égalisation doit mener <sup>1</sup>.

Les régimes de sécurité sociale, qu'ils accordent des prestations en nature ou en espèces, veulent combler l'écart entre les besoins des individus et les ressources financières dont ils disposent. Le phénomène de la disparité occupationnelle amène la disparité du revenu et les responsabilités individuelles ou familiales ne sont pas les mêmes pour tous. Le phénomène de l'inégalité économique tend à se transmettre et à s'accroître du fait que les familles jouissant de revenus moins élevés sont financièrement incapables de se prémunir contre les risques économiques et sociaux liés à la maladie et à la perte de l'emploi.

La structure économique ne contient pas de mécanisme propre à la correction de ces écarts entre les ressources et les besoins. Au contraire, l'évolution des systèmes de production tend à les élargir. Si elle n'est pas compensée, par exemple, par une politique d'accessibilité et d'utilisation plus grande de toutes les formes d'éducation, l'évolution des besoins de main-d'œuvre, qui exige une spécialisation de plus en plus poussée, contribue à accroître les disparités de salaires. En même temps, la mécanisation et l'automatisation de la production tendent à comprimer les besoins de main-d'œuvre. Ces deux phénomènes contribuent à raccourcir la période d'activité productive; aussi faut-

---

1. T. H. Marshall : « Welfare in the Context of Social Development », *Welfare and Wisdom*, Ed. J. S. Morgan, Toronto, University of Toronto Press, 1966, pp. 39-40.

il s'attendre à ce que les besoins d'une intervention dans la répartition des revenus augmentent constamment et exigent une extension parallèle du champ d'application et des déboursés de la sécurité sociale.

Le développement des politiques sociales et de la politique de main-d'œuvre est un phénomène nécessaire et irréversible. Cependant, la part croissante du produit national affectée à la sécurité sociale entraîne un durcissement des rapports entre la politique économique et la politique sociale, parce qu'elle implique une réduction à moyen terme des ressources allouées à l'accumulation nette du capital physique privé. L'incidence de cette réduction sur la croissance économique s'évalue par rapport aux effets favorables que peut avoir la sécurité sociale sur le développement du capital humain. Ces effets sont nombreux et prennent une importance accrue au fur et à mesure que se ramifie le système de sécurité sociale.

Les transferts effectués par les régimes de sécurité sociale sont susceptibles de devenir un facteur important du soutien de la consommation nationale. L'action sur la croissance et la productivité future du système économique s'exerce par l'investissement de ressources qui pourraient autrement être affectées à la consommation. Mais l'investissement de ressources doit être constamment soutenu par une demande de biens et de services dont tout le poids repose ultimement sur la consommation finale. Le système économique recherche constamment un équilibre entre la consommation et l'épargne. Lorsqu'une économie entrevoit un fléchissement de la demande globale, celui-ci se reflète d'abord au niveau des projets d'investissements, et la politique fiscale intervient alors, au moyen d'une réduction des impôts, pour donner préséance à la demande d'investissement sur la demande de consommation. À long terme, cependant, la dynamique de l'investissement repose sur la consommation. Les marchés de consommation déterminent la localisation des industries et les mouvements de capitaux. Les progrès de la consommation suivent ceux des pouvoirs d'achat. Le rôle moteur de la consommation apparaît donc comme un des facteurs explicatifs de l'inégalité croissante entre les pays pauvres et les pays riches.

Le transfert des revenus vers les familles ou les individus qui en ont le plus besoin devient à son tour un facteur de stabilisation de la consommation. Grâce à des mécanismes de publicité sans cesse améliorés et à un processus continu de remplacement des produits par des substituts de qualité et de fonction différentes, l'économie de marché a réussi jusqu'ici à maintenir la consommation. À certains indices évidents, on constate cependant que la consommation individuelle des biens économiques peut atteindre un point de saturation, en ce sens qu'à un moment donné les individus accordent leur préférence à d'autres biens.

D'un autre côté, on assiste dans les sociétés riches à une substitution progressive des loisirs au travail ; au lieu d'accroître leur pouvoir d'achat, les individus préfèrent diminuer la durée de leur activité rémunératrice. C'est ainsi que les heures de travail hebdomadaires diminuent, que les congés annuels s'allongent et que l'âge de la retraite est avancé. L'augmentation des loisirs crée un nouveau type de consommation.

L'examen des budgets familiaux, par catégorie de niveau de revenu, révèle que les transferts qui haussent le pouvoir d'achat des catégories à faible revenu contribuent à augmenter la proportion du budget affectée aux biens durables, par opposition aux biens non durables, tels que les loisirs et les vacances.

On observe, de plus, qu'une consommation de biens durables et une consommation de services privés ou publics, dont certains, tels que la santé, l'éducation, la culture, les loisirs, contribuent à améliorer la qualité et à accroître la disponibilité du facteur humain, se substituent à la consommation de luxe.

L'importance croissante du crédit à la consommation se révèle un autre indice de la saturation de la demande. Ce transfert, sous forme de prêt du producteur à l'acheteur, apparaît nécessaire au premier pour l'écoulement de sa marchandise.

Enfin, les sociétés politiques s'adonnent elles-mêmes à des formes de consommation — course à la lune, lancement de fusées dans l'espace — qui ont peu de rapport avec la satisfaction des besoins individuels.

L'évolution dans la structure de consommation crée de nouveaux besoins dans le secteur public. La contribution la plus importante de la sécurité sociale au développement à long terme est sans doute celle qui, par une intervention initiale dans les structures de consommation, favorise la croissance des investissements publics. Il y a lieu de distinguer entre les régimes qui accordent des prestations pour des fins non spécifiques, tels que les allocations familiales, et facilitent l'utilisation de différents types de services, comme l'éducation et les loisirs, et les régimes qui octroient les prestations pour des fins spécifiques ou offrent des services, tels que l'assurance-maladie. Ces derniers accroissent la part relative de la consommation desdits services et, par conséquent, les investissements publics dans ces secteurs.

Il est évident que cet élargissement du capital social se fait aux dépens de l'accumulation du capital privé, mais ce transfert équivaut simplement à corriger les mécanismes du marché de capitaux qui sont incapables d'introduire, dans l'allocation des ressources, le calcul des rendements sociaux.

C'est principalement parce qu'ils empiètent, à brève ou à longue échéance, sur le domaine de l'accumulation du capital physique que les progrès de la sécurité sociale suscitent les réticences des forces

économiques et même de la politique économique. Si l'on ne s'inquiète pas trop des déboursés globaux de la sécurité sociale, lorsqu'ils représentent surtout des substitutions entre divers types de consommation, on se préoccupe beaucoup de son rythme de progression. L'idéal pour les objectifs de croissance et de stabilité économiques semble atteint lorsque la sécurité sociale s'accroît à un rythme inférieur ou égal à celui du produit national ou du revenu personnel. Dans ce cas, l'extension de la sécurité sociale est contrebalancée par le progrès économique et elle ne risque pas de comprimer les possibilités d'accumulation. Elle applique rigoureusement le principe du « minimum de changement dans l'ordre économique ».

Le Ve plan français a établi un « juste équilibre entre les impératifs économiques et les exigences sociales » en déterminant, pour les prestations sociales, un indice de 138-140, alors que l'indice prévu pour la production pendant la même période est de 127.6. Cette préoccupation d'équilibre ou d'adaptation des prestations sociales au mouvement de la production illustre bien la conception selon laquelle c'est le développement économique qui détermine et conditionne les mesures sociales. Ainsi, dans le jeu d'interdépendance entre les deux partenaires, l'économique et le social, c'est le premier qui donne le ton.

Cette philosophie économique qui tire parti des oppositions entre les objectifs de croissance et les politiques de revenus repose sur la valorisation première de la production et sur la distinction traditionnelle entre les dépenses productives et les dépenses improductives. Or, dès qu'on tient compte de l'aspect productif du facteur humain et de la contribution possible des dépenses sociales à l'amélioration de ce facteur, la distinction s'estompe. Théoriquement, les dépenses qui contribuent directement ou indirectement à améliorer le potentiel humain devraient être considérées comme productives au même titre que l'investissement en capital physique. Les faits nous entraînent plus loin. Dans les pays hautement développés, les possibilités à long terme d'accroissement de la production sont directement liées aux investissements dans les ressources humaines.

C'est l'accroissement de la productivité qui constitue la seule source de relèvement du niveau de vie moyen de la population. Si le progrès technique prend le plus souvent la forme de « machines » dont les réalisations sont de plus en plus complexes et spectaculaires, il est essentiellement le fruit du progrès général des connaissances humaines, d'initiatives novatrices et de meilleurs moyens d'information et de communication. Il est lié au niveau d'éducation, de santé et de compétence professionnelle de la main-d'œuvre.

Les théories modernes de la croissance économique accordent aux investissements en capital humain une importance d'autant plus grande qu'ils sont destinés à rattraper un grave retard. Plusieurs théories

sur la rentabilité des investissements en ressources humaines concernent le secteur de l'éducation. Selon une évaluation faite au Canada, le revenu moyen par travailleur a été, en 1961, de 25 pour cent plus élevé qu'il ne l'aurait été si le niveau moyen d'éducation était demeuré le même qu'en 1911<sup>1</sup>. Les mêmes bases d'évaluation démontraient que l'amélioration du niveau d'éducation aux États-Unis était à l'origine de 40 pour cent de la croissance économique. Ces constatations ont amené le conseil économique du Canada à recommander que la politique économique favorise davantage l'accroissement des investissements dans l'éducation que dans les autres domaines.

Une des importantes constatations de notre analyse est le fort contraste qui existe dans la composition générale des investissements passés au Canada et aux États-Unis. Le Canada a consacré relativement beaucoup de ressources aux biens d'équipement, tandis que les États-Unis ont visé davantage au relèvement du niveau d'éducation de la main-d'oeuvre et au développement de techniques nouvelles<sup>2</sup>.

Lorsqu'il s'agit d'orienter une politique économique, c'est-à-dire de faire intervenir l'État dans le domaine de l'activité économique, des difficultés surgissent qui tiennent au peu de moyens dont on dispose pour mesurer tous les effets économiques et sociaux des dépenses publiques. Ces effets sont répartis sur une longue période et prennent la forme d'externalités<sup>3</sup>. L'économie de l'éducation et celle de la médecine ont certes fait des progrès, mais peu de travaux ont porté jusqu'ici sur les effets à long terme des prestations de sécurité sociale et des divers types d'intervention sociale. Nous connaissons relativement peu la relation qui existe entre l'augmentation du pouvoir d'achat des individus et la qualité de leur participation à l'activité économique. Il semble de plus en plus évident, cependant, que l'insuffisance du pouvoir d'achat engendre un esprit de résignation et de passivité. Cet esprit se transmet de génération en génération et peut devenir, sur le plan collectif, une entrave au développement. En plus de répartir les fruits de la croissance économique et de niveler ainsi les inégalités économiques, la sécurité sociale, qui est essentiellement une politique globale de prévention des risques économiques et sociaux, apparaît tout aussi indispensable au progrès économique qu'au progrès social.

Il ne fait pas de doute qu'une accélération trop rapide des dépenses de sécurité sociale, par rapport au développement de la production, risque parfois de créer des difficultés financières et des problèmes économiques de stabilité. Mais, ce sont là seulement des ajustements à court terme que le système économique doit faire pour ne pas compromettre son développement ultérieur.

1. Conseil économique du Canada : *2e Exposé annuel*, 1965, pp. 101 et 102.

2. *Ibid.*, p. 75.

3. « Externalités » s'entend des effets qui ne sont pas immédiats, qui ne sont pas directs.

## LA SÉCURITÉ SOCIALE AU QUÉBEC

La sécurité sociale s'est développée au Québec, comme dans le reste du Canada, à la suite de la crise des années trente. Ce n'est que progressivement que la population et les autorités ont pris conscience du fait que, dans un monde industriel et urbain, les problèmes sociaux ne peuvent plus être considérés comme des problèmes individuels ni résolus exclusivement au niveau de la famille et de la communauté locale.

Chez nous, l'Église avait organisé, conformément à un modèle séculaire, un réseau efficace de services institutionnels pour subvenir aux besoins de ceux qui ne pouvaient être assistés dans le cadre de la parenté et du voisinage. Le problème semblait donc moins aigu qu'ailleurs. Ce n'est qu'après la première guerre mondiale et la crise économique qui suivit qu'on se rendit compte que les structures existantes ne pouvaient répondre entièrement aux besoins. L'État, qui dut intervenir, le fit prudemment. Sa première intervention au profit de l'ensemble de la population<sup>1</sup>, dans le cadre du régime de l'assistance publique de 1921, était une tentative d'adapter les structures traditionnelles de bien-être et de santé aux besoins accrus de la population en consacrant la responsabilité financière du gouvernement en matière d'assistance hospitalière et institutionnelle. Celle-ci fut partagée entre le gouvernement provincial, la municipalité et l'établissement ou l'hôpital responsable des indigents.

Cette législation avait une portée limitée et reflétait la mentalité d'une époque qui ne pouvait imaginer l'aide sociale que dans le cadre institutionnel et restreignait celle-ci aux malades, aux déficients et aux enfants sans soutien. « On ne concevait pas alors qu'un indigent valide ne puisse trouver du travail ou du secours parmi ses proches. Seul l'indigent inapte au travail, soit à cause de maladie ou de vieillesse, avait droit à l'assistance publique si personne ne pouvait en prendre soin<sup>2</sup>. »

La prudence dont fit preuve le législateur était amplement justifiée, étant donné l'inquiétude que manifestait la population en face de l'intervention de l'État dans le domaine du bien-être et de la santé : « L'adoption de la Loi de l'assistance publique n'alla pas sans de nombreuses discussions, même de vertes critiques de la part des chefs catholiques et sociaux qui craignaient que cette loi n'ouvrit la porte

- 
1. L'État avait assuré antérieurement la protection de quelques catégories de personnes, telles que les soldats invalides qui étaient rapatriés en France à l'époque de la colonisation, les enfants abandonnés, les fonctionnaires, etc.
  2. Gonzalve Poulin, O.F.M. : L'assistance sociale dans la province de Québec, 1608-1951, rapport préparé pour la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, Québec, 1955, p. 88.

à l'ingérence de l'État et ne marquât même les débuts de l'étatisation de la charité dans la province<sup>1</sup>. »

La première intervention timide de l'État fut suivie de plusieurs autres, de plus en plus importantes et de plus en plus extensives, pour aboutir en 1961 à l'assurance-hospitalisation et en 1966 au régime des rentes du Québec.

## LE RÔLE DE L'ÉTAT

Au Québec comme ailleurs, avant de se reconnaître et d'assumer une fonction dynamique de planification dans les domaines social et économique, l'État joua, à l'origine, un rôle supplétif et se transforma peu à peu en un agent régulateur de l'ensemble des mécanismes qui régissent la société. À ces paliers consécutifs des fonctions assumées par l'État correspondent divers types de programmes de sécurité sociale.

### La fonction supplétive

La fonction supplétive est centrée sur la correction de certains abus inhérents au libéralisme économique. À ce domaine de préoccupations correspondent des mesures législatives visant à réglementer les conditions de travail et à protéger le travailleur au sein de l'entreprise. Dans le domaine du bien-être, au sens strict, l'État se contente d'octroyer des subventions à des établissements ou à des organismes responsables de l'assistance aux individus dans le besoin.

### La fonction régulatrice

À la fonction régulatrice de l'État correspond la préoccupation d'assurer à chaque individu un revenu minimum s'il est dans l'indigence, et de prévenir la détérioration du niveau de vie des individus et des familles par une politique de redistribution de revenus, en octroyant soit des revenus de remplacement, soit des revenus supplémentaires dans les éventualités qu'on présume être génératrices de besoins.

### La fonction dynamique

À la fonction dynamique de l'État correspond une action directe sur les facteurs de progrès économique et social et, notamment, au plan social, sur l'organisation et la promotion d'un ensemble de services visant à consolider les résultats obtenus par la garantie pure et simple d'un niveau de vie convenable. C'est ici que s'insèrent toutes les mesures visant à promouvoir la formation professionnelle de la main-d'œuvre, sa mobilité géographique et tous les aspects de pré-

1. Esdras Minville : *La législation ouvrière et régime social dans la province de Québec*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1939, p. 55.



vention et de réadaptation qui donnent lieu à la prise en charge par l'État de certains types de services spécialisés dans le domaine de la santé et du bien-être.

À ce niveau apparaît une préoccupation inconnue jusque là : celle de substituer au concept traditionnel d'assistance, basé sur la reconnaissance de la responsabilité de la société à l'égard des économiquement faibles, la notion d'investissement social dans le développement des ressources humaines. Les prestations ont à la fois un objectif individuel et social ; elles sont destinées, bien sûr, à assurer la subsistance du bénéficiaire mais elles visent aussi à promouvoir l'amélioration de sa capacité productive. À ce titre, elles s'inscrivent dans une politique globale de développement.

Les allocations versées aux chômeurs durant la période de leur rééducation professionnelle et le paiement des frais d'hospitalisation ou de soins médicaux sont autant d'exemples de cette tendance.

#### LES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN VIGUEUR

Comme aboutissement de ce développement, il y a aujourd'hui trois groupes de mesures de sécurité sociale, qui relèvent soit, à la fois, du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial, soit d'un gouvernement en particulier, fédéral provincial ou municipal.

##### **A) Les régimes de maintien du niveau de vie**

Leur objectif est de prévenir la détérioration du niveau de vie par l'octroi de prestations en espèces en cas de la réalisation d'un risque social qui entraîne soit la perte des revenus, soit une augmentation des dépenses. Deux mécanismes sont utilisés à cette fin : l'assurance et les régimes universels de prestations.

##### *Les régimes d'assurance*

— Les allocations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles visent à prévenir la détérioration du niveau de vie en octroyant une indemnisation aux travailleurs pour la perte de leurs revenus et les dommages subis à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle résultant de l'exercice d'une activité professionnelle.

— Les allocations pour les marins marchands et celles pour les employés de l'État ressemblent assez à celles qu'offre le régime général des accidents du travail, mais elles sont octroyées à des groupes particuliers de travailleurs.

— Les prestations d'assurance-chômage ont pour objectif de prévenir la détérioration du niveau de vie en octroyant aux personnes protégées des revenus de remplacement en cas de perte d'emploi.

— Le régime des rentes, mis en vigueur au début de 1966, a pour objectif d'assurer, comme complément de celle de l'assurance-vieillesse, une protection proportionnée à l'effort fourni par l'individu durant la période productive de son existence.

### *Les régimes universels*

— Les allocations familiales ont pour but de prévenir la détérioration du niveau de vie des familles ayant des enfants, par suite des charges supplémentaires auxquelles elles doivent faire face de ce fait, et d'assurer ainsi aux enfants une meilleure éducation.

— Les allocations scolaires complètent les allocations familiales qui ne sont versées que jusqu'à l'âge de 15 ans, en étendant la protection aux enfants âgés de 16 et 17 ans fréquentant l'école ou handicapés.

— Les allocations aux enfants immigrants ont pour but d'assurer aux familles s'établissant au Canada une protection analogue à celle dont bénéficient les familles canadiennes, en les aidant à faire face aux charges supplémentaires découlant de la présence d'un ou de plusieurs enfants au foyer.

— On peut ajouter ici le nouveau régime des allocations familiales complémentaires qui a pour objectif d'octroyer une protection améliorée aux familles ayant des enfants à charge, étant donné que les allocations familiales, inchangées depuis plus de vingt ans, ont perdu la moitié de leur pouvoir initial d'achat. Elles visent aussi, par des taux progressifs, à différencier la protection selon le nombre d'enfants. Quoiqu'il soit assez facile de démontrer que les petites familles sont dans une situation économique aussi difficile que les familles nombreuses, étant donné que le salaire du gagne-pain est généralement plus bas au moment où naissent les deux premiers enfants, une protection supplémentaire pour les familles nombreuses se justifie par le fait que la proportion des économiquement faibles est particulièrement élevée dans le groupe des familles ayant six enfants ou plus.

— Finalement, c'est dans cette catégorie qu'on peut classer les pensions de guerre qui ont un double objectif : dédommager l'individu qui a subi un dommage physique ou mental pendant son service dans l'armée du Canada, et prévenir la détérioration de son niveau de vie par suite d'une diminution de sa capacité de gain.

— Les pensions de vieillesse ont pour objectif de prévenir la détérioration du niveau de vie résultant de la diminution des revenus au cours du vieil âge. Il s'agit d'un régime qui présente à la fois les caractéristiques d'un régime d'assurance et d'un régime de prestations en espèces.

### **B) Les mesures d'aide sociale**

Les mesures d'aide sociale ont comme objectif de rétablir le niveau de vie, si celui-ci est tombé au-dessous d'un minimum déterminé par le législateur. Ce ne sont pas des mesures de sécurité au sens strict, car elles pallient un état de fait beaucoup plus qu'elles ne cherchent à le prévenir. Elles sont complémentaires et constituent une seconde ligne de défense dans la protection du niveau de vie.

Ces mesures, réservées aux économiquement faibles, sont, dans tous les cas, subordonnées à une évaluation de la capacité financière de l'individu, ou même des personnes tenues de fournir des aliments et des soins dans certains cas. Pour évaluer cette capacité, tantôt on utilise comme critère les revenus et on détermine le taux de l'assistance en fonction de ceux-ci; tantôt on évalue les besoins en même temps que les ressources et on détermine le montant des prestations en fonction de la différence entre les revenus et les dépenses. Le régime fédéral d'assistance supplémentaire <sup>1</sup> aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse permet de verser l'assistance d'après la déclaration du requérant; on vérifie, par la suite, le bien-fondé de sa demande.

Dans tous les cas, cependant, il y a un plafond maximum des revenus admissibles, variables suivant les régimes, et un plafond maximum des prestations octroyées, également variables selon les régimes.

#### *Les catégories d'assistance publique <sup>2</sup>*

— L'assistance aux personnes âgées de 65 à 69 ans est une mesure qui est appelée à disparaître, étant donné l'abaissement de l'âge d'admissibilité aux pensions de vieillesse.

— L'assistance aux invalides protège les personnes invalides de façon totale et permanente.

— L'assistance aux aveugles consiste en des prestations versées aux personnes dont la vue est détériorée; le plafond des revenus du bénéficiaire, y compris l'assistance, est plus élevé que dans les deux régimes précédents.

— L'assistance aux mères nécessiteuses a pour objectif d'aider les mères sans soutien de famille à rester à la maison pour s'occuper de l'éducation de leurs enfants.

— L'assistance aux veuves et aux célibataires du sexe féminin, âgées de 60 à 64 ans, est administrée dans le cadre de la Loi de l'assistance publique.

— L'assistance aux chômeurs inaptes au travail protège les personnes semi-invalides qui ne sont pas admissibles aux prestations de l'assistance aux invalides.

— L'assistance aux chômeurs aptes au travail est aussi administrée dans le cadre de la Loi de l'assistance publique.

— L'assistance supplémentaire est accordée aux personnes à qui les montants octroyés en vertu des autres régimes ne suffisent pas.

Il est à prévoir que, dans un avenir rapproché, toutes ces catégories d'assistance relèveront, conformément aux recommandations du Comité d'étude sur l'assistance publique (rapport Boucher), d'un régime unifié d'assistance générale.

1. Supplément de revenu mensuel garanti, 14-15 Élisabeth II, chap. 65.

2. L'assistance ne s'adresse qu'à une catégorie définie d'économiquement faibles.

### *Le supplément de revenu mensuel garanti*

Le supplément du revenu mensuel garanti est versé par le gouvernement fédéral aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse dont les revenus ne dépassent pas le plafond déterminé par la loi.

### *Les allocations aux anciens combattants*

Les allocations aux anciens combattants, qui ont pour objectif de restaurer le niveau de vie des personnes admissibles, sont octroyées sous la forme de prestations en espèces et de services.

### **C) La fourniture de services**

Deux régimes accordent actuellement une protection à la population sous forme de services :

— l'assurance-hospitalisation, qui est un régime de type préventif et qui protège la population contre les frais résultant de l'hospitalisation; c'est en somme une partie d'un régime d'assurance-maladie;

— l'assistance médicale, qui prévoit la dispensation de soins médicaux et chirurgicaux aux assistés sociaux.

Outre ces deux régimes, il existe un réseau de services publics et privés visant soit à restaurer le niveau de vie, soit à prévenir sa détérioration. Ces services s'adressent à la population assistée ou à d'autres groupes d'individus. Il n'est évidemment pas possible d'en fournir une liste exhaustive et ce n'est qu'à titre d'exemples que nous mentionnons :

— les services de placement des enfants privés d'un milieu familial normal; ces services sont complétés par celui de l'adoption;

— les services de placement d'adultes incapables de vivre indépendamment. À l'heure actuelle, les services de placement sont utilisés principalement par les personnes admissibles à des prestations d'assistance financière, mais on tend à les étendre à toute la population;

— les services de diagnostic et d'assistance pour enfants et les adolescents délinquants;

— les services de diagnostic et d'assistance pour les adultes délinquants; on peut distinguer ici les services offerts avant la comparution en cour, pendant la durée du procès, pendant la détention et ceux qui suivent la libération, qu'elle soit conditionnelle ou non;

— les services spécialisés pour les mères célibataires avant, pendant et après l'accouchement;

— les services récréatifs pour les différentes catégories de la population, tels que les *university settlements*, les « clubs d'âge d'or » et les terrains de jeux;

— les services d'orientation professionnelle et de placement pour les personnes entrant pour la première fois sur le marché du travail aussi bien que pour les chômeurs et les handicapés, ainsi que les services de recyclage;

- les services de réadaptation des invalides;
- les services spécialisés pour les alcooliques et les narcomanes;
- les services spécialisés pour les voyageurs et les immigrants;
- les services d'aide à la famille qui comprennent les services d'amélioration des relations intrafamiliales, les services d'aides familiales et les services de soins à domicile;
- les services d'organisation communautaire visant à rendre les populations conscientes des problèmes collectifs et à les faire participer à la recherche des solutions collectives;
- les services « indirects », c'est-à-dire les services de recherche et de planification.

## CONCLUSION

Ce qui caractérise actuellement le système de sécurité sociale du Québec, c'est la grande diversité des régimes qui le constituent; chacun est né sous la pression de besoins plutôt qu'en fonction d'un plan d'ensemble visant à un développement social harmonieux et équilibré. Certains régimes, tels que les allocations familiales, les allocations scolaires et l'assurance-hospitalisation, sont universels; d'autres, comme l'assurance-chômage, protègent les salariés à petit revenu ou à revenu moyen; d'autres, encore, protègent exclusivement certaines catégories de la population. Les conditions d'attribution varient d'un régime à l'autre, de même que la définition des personnes admissibles aux prestations. En ce qui concerne le financement, certains régimes sont financés à même les fonds publics (budget fédéral et budget provincial), d'autres sont financés partiellement à même le produit de taxes spécifiques, d'autres à même les contributions des assurés, d'autres, enfin, sont financés par des fonds de sources diverses. De ce fait, la répartition de l'effort social est impossible à déterminer.

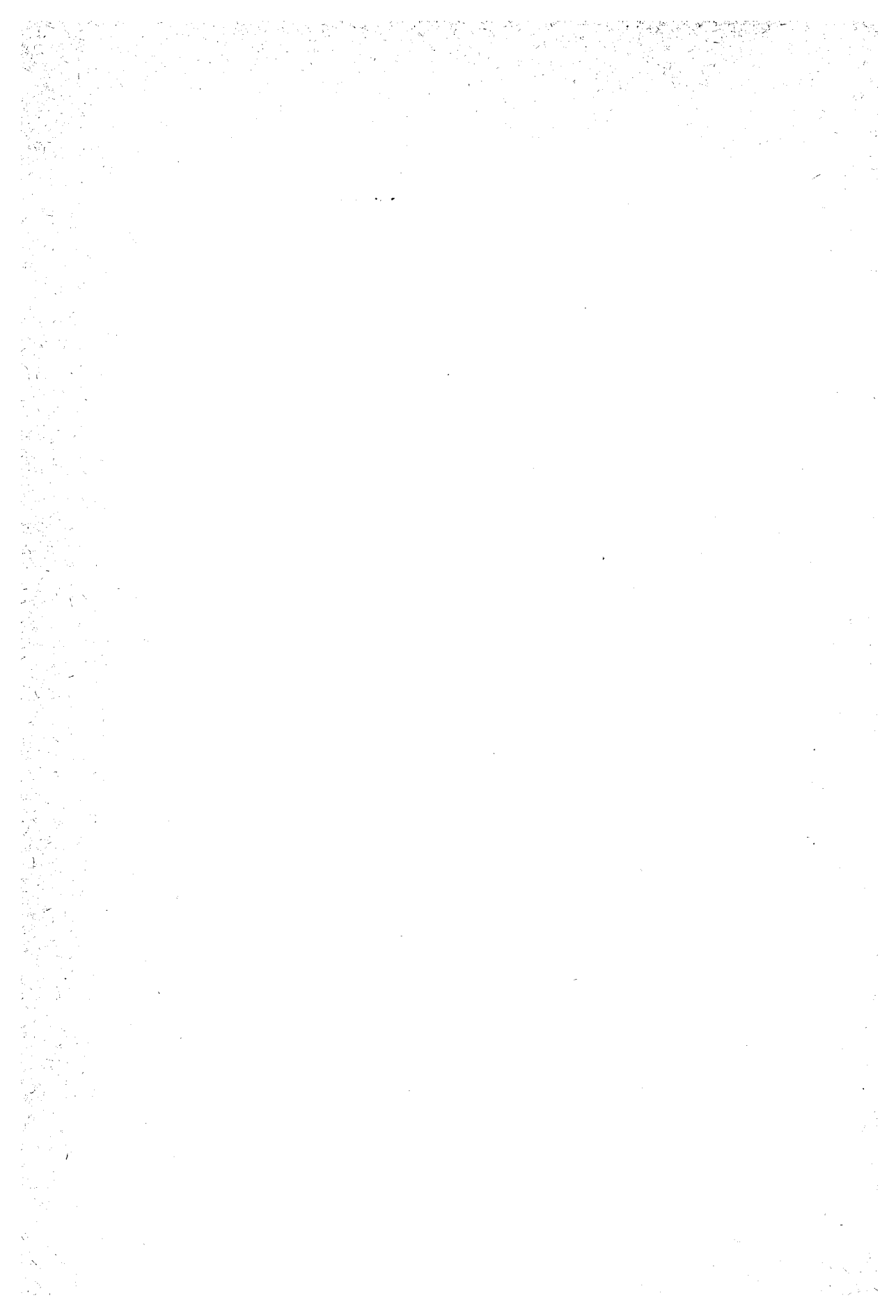
Les mêmes commentaires s'appliquent à la fourniture des services, qui sont rendus de façon très inégale à travers la province et qui servent beaucoup mieux certaines catégories de la population que d'autres. Ainsi, il y a une multitude de services à l'enfance, mais relativement peu de programmes pour les personnes âgées.

Une coordination et une rationalisation s'imposent : c'est d'ailleurs l'expérience de la plupart des pays. À une certaine étape du développement du système de sécurité sociale, la coordination et l'intégration passent au premier plan des préoccupations. Cette coordination, pour être efficace et réaliste, devra procéder d'un plan d'ensemble basé sur une conception humanitaire et globale de la sécurité sociale. L'élaboration de ce plan exigera des études et des recherches menées avec le concours d'un personnel compétent dont il faut doter le Québec au plus tôt. C'est un investissement majeur dont nous n'avons pas les moyens de nous priver.



---

**Les objectifs de l'assurance-maladie**





# **Les objectifs de l'assurance-maladie**

## **L'ASSURANCE-MALADIE ET LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Le risque de la maladie constitue l'un des facteurs les plus déterminants de l'insécurité humaine. Aujourd'hui, tout le monde reconnaît que le bien-être d'une collectivité repose en majeure partie sur son système de sécurité sociale, dont l'assurance-maladie est l'une des composantes essentielles. L'assurance-maladie occupe généralement, dans les systèmes bien structurés, une place de choix. Les pays qui ont tracé la voie dans le domaine de la sécurité sociale en ont fait l'une des premières étapes de leur programme.

Instrument de sécurité sociale, l'assurance-maladie apparaît non plus seulement comme un mécanisme de redistribution des revenus, ou comme un moyen de réduire l'insécurité économique causée par la maladie, mais comme une véritable politique de la santé, incluant une planification des investissements et une organisation rationnelle de la distribution de soins de haute qualité.

En tant que partie intégrante de la sécurité sociale et d'une politique de santé, l'assurance-maladie poursuit des objectifs qui se situent d'abord sur le plan social. Cette orientation s'harmonise aisément avec le désir de chaque individu d'avoir accès aux meilleurs soins possibles et de les obtenir.

### **LES OBJECTIFS DE L'ASSURANCE-MALADIE SUR LE PLAN SOCIAL**

Ainsi comprise, l'assurance-maladie doit :

- a) rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population de façon qu'elle puisse en faire une consommation optimale;
- b) obtenir une efficacité maximale du système de dispensation des soins par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé; et
- c) maximiser les rendements sociaux de la santé, en tant qu'investissement dans les ressources humaines et en tant que mesure de prévention sociale.

### **L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONSOMMATION OPTIMALE DES SOINS**

L'effort social en vue de satisfaire les besoins de soins de l'ensemble de la population se situe dans le cadre d'une politique globale de la santé. La quantité de soins consommés par les membres d'une collectivité n'est pas un objectif en soi, c'est plutôt un moyen de prévenir la maladie, de diminuer le nombre de malades et d'augmenter la longévité. Car l'amélioration de la santé, bien essentiel et facteur

d'élévation du niveau de bien-être collectif, constitue la fin ultime de toute action sociale dans le domaine de la santé.

L'élimination ou la diminution du risque de la maladie et l'amélioration de l'état de santé exigent, à leur tour, la mise en œuvre d'un vaste programme touchant divers secteurs de la santé. La recherche médicale assure la société du progrès continu de la médecine. La médecine préventive et l'hygiène publique, en plus de leur fin propre qui est de prévenir la maladie, et l'assurance-maladie, dont la fin immédiate est de favoriser la consommation des soins, mettent à la disposition de la collectivité les découvertes et les résultats de la recherche médicale.

Il existe une distinction fondamentale entre l'accessibilité des soins sur le plan social et sur le plan individuel. Sur le plan social, l'accessibilité comporte une combinaison optimale de soins préventifs et curatifs et de soins de réadaptation. Afin d'obtenir cette optimisation de la consommation collective des soins, il est nécessaire de placer l'accent sur la prévention, facteur important d'élimination et de diminution des risques de la maladie.

Au plan individuel, l'accessibilité signifie la possibilité de recevoir les meilleurs soins, quels que soient l'âge et la condition physique de l'individu et ses chances réelles de recouvrer la santé.

Traditionnellement associée à un état physique ou mental pathologique nécessitant un traitement curatif, la consommation personnelle de soins, dans les circonstances actuelles, est de plus en plus indissociable du domaine de la prévention. En effet, pour un nombre croissant de maladies, l'efficacité du traitement est fonction d'un dépistage et d'un diagnostic précoces rendus possibles par la demande de soins. Conséquemment, dans ce nouveau contexte, l'assurance-maladie devient une étape nécessaire à la mise en œuvre de toutes les techniques médicales offertes pour prévenir et dépister la maladie.

L'effort collectif dans le secteur de la santé a surtout porté jusqu'ici sur la médecine préventive, et les succès obtenus ont été fort utiles à la société. Au Canada, il y a cent ans, l'espérance de vie était de moins de quarante ans; en 1965, on accordait aux Canadiens de sexe masculin une vie probable de 68 ans, tandis que ceux de sexe féminin avaient une vie probable de 74 ans. Parallèlement, le taux de mortalité générale s'abaissait; au Québec, il passait de 14.2 par 1,000 âmes en 1926 à 6.8 en 1964<sup>1</sup>. La médecine a remporté ses plus brillantes victoires sur les maladies contagieuses. Depuis une dizaine d'années, plusieurs maladies de l'enfance sont en régression. La diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la variole et, plus récemment, la poliomyélite ont diminué considérablement de fréquence ou de gra-

1. *Rapport du Service de la démographie*, ministère de la Santé, gouvernement du Québec, 1965, p. 274.

vité. Ces résultats spectaculaires sont attribuables à la recherche et à des campagnes de prévention et de vaccination, menées dans le cadre de programmes d'hygiène publique appliqués à l'ensemble de la population.

D'autres secteurs, comme celui de la tuberculose, ont connu une nette régression de leur taux de mortalité. En vingt ans, ce dernier est passé de 43.4 à 3.1 par 100,000 habitants. Ces résultats sont le fruit d'un effort collectif considérable portant à la fois sur la prévention, le dépistage et la mise au point de nouvelles thérapeutiques.

Comme il fallait s'y attendre, ces résultats ont modifié le panorama général de la maladie. La diminution du taux de mortalité, en permettant à un plus grand nombre de personnes d'atteindre l'âge mûr et la vieillesse, a entraîné une augmentation des maladies chroniques. En effet, le taux de mortalité attribuable au cancer s'est accru de 128 à 130, en dix ans, tandis que celui qu'on doit aux maladies du cœur a diminué très légèrement pour passer de 283 à 276. Malgré une baisse générale des taux de mortalité, on a constaté que l'augmentation de l'espérance de vie chez les personnes de quarante ans et plus a été plutôt faible<sup>1</sup>.

On sait que les résultats des recherches sur le cancer, les maladies du cœur et le diabète ont été jusqu'ici plus favorables au prolongement de la vie qu'à la guérison complète : « Un grand nombre de personnes qui souffraient de diabète et d'anémie pernicieuse et de diverses autres maladies et qui auraient été inexorablement perdues, il y a quelques années, continuent de mener une vie active<sup>2</sup>. »

Le prolongement de la vie implique un recours continu à la consultation médicale ou à la médication et, bien que ces résultats soient très encourageants, ils ne peuvent être considérés comme parfaitement satisfaisants. Le traitement améliore les conditions de vie et prolonge la vie du malade sans pour autant faire disparaître la maladie. De plus, les résultats de ces traitements dépendent d'un diagnostic précoce et d'une prévention efficace, c'est-à-dire de la propension des individus à demander des examens médicaux hâtifs. En 1960, l'*American Cancer Society* exprimait l'avis que, si tous les cancéreux recevaient des soins précoces et appropriés, la moitié d'entre eux survivraient au moins cinq ans après le diagnostic. L'accessibilité de l'ensemble des soins curatifs qui permet, par exemple, des consultations hâtives, favorise une médecine préventive efficace. Nous pourrions aussi utiliser comme exemple la mortalité infantile, alors que les consultations régulières au cours de la grossesse et de l'hospi-

---

1. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964.

2. « La Santé : progrès et espoirs », *Bulletin mensuel*, La Banque royale du Canada, vol. 48, No 2.

talisation de la mère ont amené, au moment de l'accouchement, de nettes améliorations. Toutefois, dans ce domaine, le Québec tire de l'arrière par rapport au reste du Canada<sup>1</sup>.

À long terme, l'instauration de l'assurance-maladie entraîne un accroissement important de la consommation de soins, parce que, mettant en pleine lumière l'importance de la santé, elle provoque une prise de conscience collective de la nécessité des soins. Elle s'accompagne aussi d'une formule d'information et d'éducation génératrice d'attitudes nouvelles à l'égard de la prévention.

#### L'EFFICACITÉ MAXIMALE DANS LA DISPENSATION DES SOINS

La section précédente a montré que l'assurance-maladie vise une consommation optimale des soins. Afin d'atteindre cet objectif, il faudra que l'on accorde une attention toute particulière à la prévention en tenant compte des interrelations importantes qui existent entre les soins préventifs et curatifs. Dans la lutte contre la maladie, il est indispensable de rationaliser la dispensation des soins en fonction de critères d'efficacité maximale; d'où une planification globale de l'action collective, qui se concrétisera par l'établissement de structures administratives, la formation d'un personnel compétent, la prévision des ressources financières à investir et l'établissement d'un ordre prioritaire dans la réalisation des divers programmes.

#### La planification des soins

L'assurance-maladie est un instrument essentiel de la planification des services de santé. En effet, la modification de la demande privée, par la mise en commun des ressources financières de la société, constitue un des outils nécessaires à l'élaboration d'un plan ou d'une politique globale de la santé.

L'action collective dans le domaine de la prévention démontre les effets bénéfiques de la planification. Le contrôle de la salubrité et la lutte contre les maladies contagieuses n'auraient certes pas donné les résultats obtenus au Québec, si l'on avait laissé au hasard la mise en œuvre des mesures nécessaires. L'unité de direction et d'orientation a permis d'analyser de façon plus efficace les problèmes de santé publique et d'élaborer les programmes de prévention, de dépistage et de traitement. Des équipes de travail ont mis ces programmes à exécution grâce à des campagnes d'éducation publique et professionnelle. Enfin, l'orientation elle-même des programmes pouvait rapidement se modifier en tenant compte des nouvelles découvertes scientifiques. Il en va ainsi de la pédiatrie et de l'obstétrique,

---

1. *Rapport du Service de démographie*, ministère de la Santé, gouvernement du Québec, 1964, p. 49.

qui soumettent leurs moyens d'action à un processus de rationalisation analogue; les résultats obtenus sont tels qu'il serait impensable qu'on veuille faire marche arrière.

Nous avons vu que l'assurance-maladie se situe dans le cadre des mesures destinées à lutter contre la maladie, qu'elle soit de nature dégénérative, métabolique ou néoplastique. Or, il est évident que cette lutte doit être conduite de plus en plus systématiquement et rationnellement : au cours des prochaines années, la planification prendra graduellement une importance telle qu'elle seule permettra de réduire l'écart grandissant entre les progrès de la recherche médicale et les moyens d'en faire bénéficier la collectivité.

### **La coordination de l'activité**

Caractérisé, d'une part, par les interrelations qui existent entre les soins préventifs et les soins curatifs, l'univers de la santé l'est, d'autre part et de plus en plus, par la grande variété des techniques et des modes de dispensation des soins.

Le maintien et le recouvrement de la santé exigent un ensemble complexe de techniques, pendant longtemps considérées comme indépendantes les unes des autres. Mais à mesure qu'apparaissent de nouveaux modes de dispensation des soins, on est forcé de reconnaître les relations de complémentarité ou de substitution entre les divers éléments ou les étapes successives du maintien de la santé. Il s'impose donc que toutes ces techniques soient coordonnées.

Au Québec, nous avons déjà parcouru certaines étapes dans la voie de la coordination. Dans le secteur hospitalier, l'intégration des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, la multiplication des consultations externes, de même que l'organisation des services de soins à domicile par certains hôpitaux en sont des exemples. Il est apparu clairement que le cloisonnement entre l'activité hospitalière et extra-hospitalière donnait lieu à de l'inefficacité, engendrait une duplication des services et majorait les coûts de fonctionnement.

La coordination de l'activité des dispensateurs de soins permet à la fois de diminuer le coût des soins et d'en assurer une planification et une distribution judicieuses. Les examens diagnostiques, quand ils sont faits en consultation externe ou hors de l'hôpital, peuvent éviter l'hospitalisation d'un certain nombre de malades. Les soins infirmiers à domicile remplacent à certains moments les soins hospitaliers et réduisent les soins médicaux. Ce sont là quelques exemples des possibilités de substitution mises en lumière par l'assurance-hospitalisation. Le même raisonnement s'applique à la prévention et au dépistage de la maladie, à la consultation, à la consommation des médicaments, au traitement des malades à l'hôpital ou à domicile, aux soins pour convalescents et pour malades chroniques, aux services de réadaptation...

Afin que le système de soins atteigne son efficacité maximale, on souhaiterait appliquer à l'ensemble de l'univers de la santé le concept économique de la fonction de production. Ainsi, pour produire au moindre coût un niveau de santé donné, il faudrait doser judicieusement la prévention, les soins curatifs et la réadaptation. « Et, devant chaque malade, étant donné son état et le diagnostic posé, pouvoir décider du processus qui amènera la guérison le plus vite possible et au moindre coût<sup>1</sup>. » L'application de cette conception entraînerait une réorganisation considérable du système de dispensation des soins.

### **L'intégration des régimes de soins**

Si l'assurance-maladie apparaît comme une occasion nouvelle et un instrument idéal de planification et de coordination, elle sera d'autant plus efficace qu'elle intégrera tous les régimes de soins.

Le Québec possède déjà, dans le domaine de la dispensation des soins, plusieurs régimes qui fonctionnent plus ou moins indépendamment les uns des autres. La plupart de ces régimes se différencient au niveau du champ d'application, de la couverture et du financement, selon qu'ils donnent lieu à un ou des partages avec le gouvernement fédéral. Cependant, ils visent tous à rendre accessibles certains soins et possèdent tous un lien de parenté avec la sécurité sociale. Ils marquent ni plus ni moins des étapes vers l'assurance-maladie. En effet, lorsqu'on assimile l'assurance-maladie à l'une des principales composantes de la sécurité sociale, on constate que celle-ci comprend toute la gamme des soins couverts par les différents régimes présentement en vigueur au Québec. Progressivement, l'assurance-maladie couvrira la presque totalité des soins. Conçue dans le cadre d'une politique de sécurité sociale, elle devient ainsi l'instrument idéal d'intégration des régimes de soins et de coordination des divers types de soins.

### **LES RENDEMENTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

Instrument essentiel à la planification et à la coordination de la lutte contre la maladie, l'assurance-maladie constitue en outre un des mécanismes dont la société dispose pour obtenir un programme complet, intégré et optimal d'investissement dans les ressources humaines.

À son origine, l'effort collectif consacré à l'amélioration de la santé et à la lutte contre la maladie fut le résultat de sentiments humanitaires. Il visait surtout à éviter aux individus la maladie et sa séquelle d'effets néfastes. Graduellement, toutefois, la société comme telle a pris conscience de la nécessité de mettre en valeur, dans toute la mesure possible, son capital humain collectif. Parmi l'ensemble des

---

1. Mémoire de la Fédération des omnipraticiens à notre Commission, avril 1967, p. 18.

mesures prises à cette fin, celles qui sont destinées à hausser le niveau de santé et d'éducation de la communauté se situent au tout premier rang, car elles s'identifient aux préoccupations « vitales » des sociétés développées.

### **La santé : un investissement**

Les dépenses de consommation destinées au maintien de la santé sont, à vrai dire, des investissements parce que les gains qu'enregistrent la prévention, la guérison et la réadaptation constituent à long terme des multiplicateurs du progrès économique et social. Le coût direct supporté à la fois par l'individu et par la société n'est pas la seule répercussion sociale de la maladie. Celle-ci affecte encore la société en la privant d'un potentiel de main-d'œuvre et en entravant la poursuite normale de la carrière des individus. Le coût de la santé apparaît donc comme un investissement en capital humain. Comme tel, le rendement social qu'on peut en escompter est très élevé.

Nous savons, par exemple, que la maladie des travailleurs est la principale raison de l'absentéisme. Au Canada, la statistique établit qu'elle cause une absence d'au moins cinq jours par année par travailleur. Pour 1962, cette moyenne représente 27 millions d'hommes-jours soustraits à la production, soit une perte supérieure à celle que toutes les grèves avaient engendrée au Canada depuis 1947. En outre, la hausse de l'espérance de vie, constatée depuis plusieurs années, en plus de prolonger la période d'activité des travailleurs, signifie qu'une proportion considérable de la main-d'œuvre actuelle, peut-être 10 pour cent, a survécu jusqu'à maintenant à cause de la baisse de la mortalité depuis 1930. Selon Goffman <sup>1</sup>, pour l'année 1960 seulement, cette main-d'œuvre supplémentaire a probablement augmenté le revenu national du Canada de un à deux milliards de dollars.

Les progrès attribuables à la prévention, à la guérison et à la réadaptation se traduisent donc par une augmentation quantitative de la main-d'œuvre. Même s'ils sont déjà impressionnants, les rendements qui résultent des dépenses de santé n'en sont pas moins sous-estimés. On tient rarement compte, en effet, de la complémentarité entre le secteur de la santé et celui de l'éducation. Les pertes de main-d'œuvre annulent l'investissement en ressources humaines effectué tout au long de la période de formation. À titre d'exemple, mentionnons les victoires remportées contre la tuberculose. Maladie particulièrement coûteuse, elle frappait l'individu au moment même où il entrait dans sa phase productive et « gelait » un investissement de vingt ans. De plus, elle l'obligeait à suivre des traitements prolongés dans les centres

1. I. S. Goffman : « Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada », *Canadian Tax Foundation*, 1965, p. 61.

spécifiquement aménagés à cette fin. Compte tenu de tous ces facteurs, il est certain que les progrès enregistrés dans ce domaine dépassent les estimations générales faites jusqu'ici.

Les dépenses de santé et d'éducation sont complémentaires. Privé de santé, l'individu est incapable de fournir son plein rendement. Il est certain que, à partir d'un niveau donné, l'élasticité du rendement individuel par rapport à la santé est moindre que celle du rendement par rapport à l'éducation. Si l'on songe qu'il y a actuellement au moins un million et demi de Québécois aux études, il est évident que la société ne peut se permettre de diminuer le rendement de cet effort dans le secteur de l'éducation en négligeant celui de la santé.

Le calcul des rendements économiques de la santé ne peut aboutir qu'à un résultat partiel du fait qu'il est difficile de définir clairement la relation qui existe entre la santé et la qualité des ressources humaines productives. Pourtant, cette relation est reconnue explicitement par la théorie économique qui attribue le rythme de croissance du progrès technique aux effets cumulatifs de l'amélioration du niveau des connaissances humaines, de la formation, de la santé et de la technicité du facteur travail. C'est pour cette raison qu'on insiste sur le caractère d'investissement des dépenses de santé et d'éducation, et qu'on attribue actuellement à ce mode de mise en valeur du capital humain des rendements supérieurs à ceux du capital physique.

La politique de santé, dont l'assurance-maladie constitue à la fois un instrument et une étape, devient donc une précieuse alliée de la politique économique dans la perspective des objectifs de croissance à long terme. L'assurance-maladie est également un élément essentiel à la réalisation d'une politique sociale véritablement basée sur la prévention.

### **La maladie et la pauvreté**

Les interrelations entre la maladie, la pauvreté et la dépendance sociale sont telles qu'on doit situer l'assurance-maladie au cœur d'une politique sociale ayant pour but de remplacer les mesures palliatives d'assistance par un système évolué de sécurité sociale et un réseau de services sociaux préventifs.

La maladie constitue l'une des causes importantes de la pauvreté, particulièrement lorsqu'elle frappe le chef de famille, les membres de la population active, et même les enfants d'âge scolaire dont elle compromet l'avenir en les empêchant de profiter à plein de leur temps d'étude. Qu'elle condamne à une incapacité temporaire ou plus ou moins permanente, la maladie fait souvent la différence, au sein de la famille, entre une honnête aisance et une situation de dépendance totale de l'assistance publique.



Le Québec possède une proportion plus forte d'assistés sociaux que les autres provinces<sup>1</sup>. Cette situation sociale inférieure est souvent le résultat de la maladie. En effet, en plus des invalides et des « inaptes au travail pour plus de douze mois », 75 pour cent des personnes recevant des prestations d'assistance-chômage, en 1962, étaient jugées inaptes au travail, pour une période inférieure à douze mois, « pour des causes physiques ou psychiques ». La maladie apparaît également comme l'une des variables explicatives des bas revenus. Dans une enquête sur la maladie<sup>2</sup>, on a constaté que les personnes du sexe masculin touchant un faible revenu et comprises dans le groupe d'âge de 25 à 64 ans représentaient 16 pour cent des individus de ce groupe d'âge et devaient supporter 35 pour cent des jours d'incapacité. De là à conclure que le bas niveau du revenu de ces personnes puisse avoir pour cause, du moins en partie, leur mauvais état de santé, il n'y a qu'un pas.

Ces données quantitatives ne présentent sans doute pas une image complète de la relation entre la maladie et la pauvreté. Pourtant, il est évident que les personnes dont l'état de santé laisse à désirer possèdent moins d'énergie au travail et voient diminuer d'autant leurs perspectives d'amélioration de leur situation.

Les éléments dont on dispose autorisent donc à conclure que la pauvreté favorise l'éclosion de la maladie. Les privations matérielles, la mauvaise alimentation, le logement insalubre ainsi que l'absence de soins préventifs et de consultations régulières, spécialement chez les enfants, conduisent à une détérioration de l'état de santé. Les programmes d'hygiène publique ont mis en lumière, de façon non équivoque, la relation entre la pauvreté et le mauvais état de santé. En hygiène maternelle, les examens durant la grossesse permettent d'établir un rapport défini entre l'état de santé de la mère et son milieu socio-économique. Cette relation se vérifie également au niveau de la fréquence de la maladie et des taux de mortalité infantile. Dans les milieux où le niveau de vie est bas et l'accès aux soins médicaux difficile, on observe des taux de mortalité infantile très supérieurs à la moyenne. Nous savons que la province de Québec occupe, à cet égard, une position peu enviable avec un taux de 27.7 en 1964, par rapport à un taux de 25.0 pour l'ensemble du Canada<sup>3</sup>. Cependant cette moyenne masque des inégalités sensibles, certaines régions de la province ayant des taux qui varient entre 40.0 et 60.0.

Dans le secteur de l'hygiène scolaire, il suffit peut-être de relever que, sur 95,000 enfants qui ont subi un examen médical à l'école

1. Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique, gouvernement du Québec, juin 1962.
2. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. I, « L'assurance-maladie », Imprimeur de la Reine, Québec, janvier 1966, p. 35.
3. Rapport du Service de la démographie, ministère de la Santé, gouvernement du Québec, 1964, tableau 38, p. 54.

pendant l'année 1964, plus de 8,000 souffraient de défauts physiques dus à une alimentation défectueuse <sup>1</sup>. Même si quelques-uns de ces cas sont dus simplement à la négligence des parents, ces chiffres n'en demeurent pas moins étonnants dans le contexte économique où nous vivons. Il est troublant de constater que ce sont précisément les milieux défavorisés qui ont les besoins les plus pressants de soins et qui souffrent le plus de sous-consommation.

L'accessibilité aux soins et à la santé elle-même constitue, pour un secteur donné de la collectivité, un moyen préventif important par rapport à sa capacité de bénéficier de conditions de vie convenables. L'assurance-maladie se situe, d'ailleurs, au premier plan des divers mécanismes de prévention que constitue la sécurité sociale. Il est difficile, en effet, d'assurer des transferts de fonds de la population productive vers la population improductive lorsque la protection des personnes actives est elle-même insuffisante.

Dans l'optique d'une action collective, l'assurance-maladie doit donc s'étendre à l'ensemble de la population. L'intégration du régime d'assurance-maladie au système de sécurité sociale exige l'universalité. De plus, pour être efficace, toute action préventive, de la maladie ou de la détérioration des niveaux de vie, doit s'appliquer à l'ensemble de la population. L'universalité, caractéristique intrinsèque des mesures propres à hausser le niveau de sécurité et de bien-être de la collectivité, a d'ailleurs souvent été reconnue au Québec.

Seul un régime universel d'assurance-maladie rendra possibles la coordination et la planification des politiques de santé. Le régime de soins hospitaliers, qui est déjà d'application universelle, peut être considéré comme la première étape de l'assurance-maladie. Cependant, sans l'unité de direction et de planification, il ne serait guère possible, au sein même de l'assurance-maladie, de rationaliser la consommation des soins. En effet, un régime qui ne rejoindrait qu'une fraction de la population n'offrirait guère qu'un fondement fragile au dialogue, portant sur l'organisation générale de la dispensation des soins, entre les représentants de la collectivité et les dispensateurs de ces soins. Or, si un tel dialogue ne s'accompagne d'une collaboration étroite entre les deux parties, il est à craindre que le système de dispensation ne soit infléchi de façon à favoriser certains intérêts particuliers, contraires aux exigences du droit aux soins, égal pour tous, et à l'orientation vers un concept de « médecine globale ».

Enfin, l'efficacité d'un régime d'assurance-maladie, instrument d'une politique d'investissement massif dans les ressources humaines, serait incontestablement réduite, si le champ d'application en était

---

1. Ministère de la Santé : *Rapport annuel 1965*, gouvernement du Québec, tableau IV, p. 45.

limité à une fraction de la population. En réalité, la réduction de l'efficacité serait proportionnellement plus forte que la réduction du champ d'application.

### **LES OBJECTIFS DE L'ASSURANCE-MALADIE SUR LE PLAN INDIVIDUEL**

Sur le plan individuel et familial, les souffrances, l'anxiété et les peines qui accompagnent la maladie sont si intimement liées à la condition humaine qu'il serait oiseux d'en exposer ici toute la dimension. Et même si le jour est encore loin qui mettra l'être humain à l'abri de toute atteinte à l'intégrité de son organisme et au bon fonctionnement de ses facultés, le rythme des découvertes destinées à maintenir ou recouvrer la santé ne laisse pas moins, socialement et économiquement, d'en entretenir l'espoir.

Comment, toutefois, passer sous silence les répercussions financières de la maladie : coût toujours croissant des soins, élément d'incertitude en face des dépenses résultant de la maladie et arrêt temporaire ou permanent du salaire ? Combien d'individus et de familles ne peuvent, faute de ressources financières, recevoir des soins suffisants et bénéficier des récents progrès de la médecine ! Paradoxe renversant : les progrès de la science profitent à une fraction décroissante de la population, car ils entraînent une augmentation des coûts à un rythme plus rapide que la hausse générale du niveau de vie. Or, il est certainement possible, dans la conjoncture économique, de corriger cette situation.

Du point de vue individuel, l'assurance-maladie permet d'éliminer l'incertitude et le risque économique inhérents à la maladie. Le mécanisme de l'assurance sociale, tout en conservant le lien entre les cotisations et le coût des services sur le plan social, introduit une redistribution du fardeau supporté par les individus et rend accessibles les soins à chacun des membres de la collectivité, sans égard à l'âge, à l'état de santé physique ou mental et à la situation financière.

Si l'on fait exception de l'assistance médicale, les Québécois ont dû jusqu'ici, pour obtenir cette protection, faire appel à l'assurance privée et commerciale. Bien que l'assurance privée contre la maladie ait connu une grande expansion au Québec au cours des vingt dernières années, la situation chez nous est moins bonne que dans les autres provinces canadiennes ; les régimes protègent une proportion moins grande de la population susceptible d'être protégée, et le degré de protection de ces régimes varie grandement. Un faible pourcentage de la population jouit d'une protection à peu près complète <sup>1</sup>. L'insuffisance de cette protection par rapport aux besoins de la population devient encore plus évidente si l'on tient compte du fait

---

1. Voir l'appendice I sur les régimes privés d'assurance-maladie au Québec.

que le pourcentage des personnes assurées volontairement est moins élevé au sein de la population âgée, de la population rurale et des groupes de population à revenus modiques<sup>1</sup>. Ces mêmes groupes sont pourtant ceux qui éprouvent les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses inhérentes à la maladie. Souvent, ils ne pourront même pas, soit par insuffisance de revenus, soit parce que leur âge et leur état de santé constituent un mauvais risque, obtenir un contrat d'assurance.

Le rapport de l'enquête sur la maladie au Canada a traité longuement de la situation générale de l'assurance-maladie en relation avec la classe de revenus, et de la consommation des soins par les personnes que protège une forme quelconque d'assurance-maladie en comparaison de celles qui ne sont pas assurées. On a constaté une relation certaine entre la catégorie de revenus et le montant d'assurance détenu : l'assurance commerciale comptait cinq fois plus d'assurés à revenus élevés et le pourcentage des assurés augmentait avec le niveau des revenus.

La population québécoise ne semble pas faire exception à la règle. Une enquête sur les comportements de la famille salariée du Québec<sup>2</sup> a confirmé que, dans les milieux ruraux, moins de travailleurs salariés avaient l'avantage de participer à des assurances collectives contre la maladie. Or, parmi ceux qui n'avaient pas d'assurance collective, seulement 14 pour cent détenaient une assurance individuelle. « On admet généralement que c'est une sécurité et une protection mais que la situation financière de la famille ne permet pas d'en défrayer le coût régulièrement<sup>3</sup>. »

Les résultats de l'enquête sur la maladie ont aussi indiqué que, en général, la consommation des soins est plus élevée chez les assurés que chez les non-assurés. L'écart est encore plus marqué chez les personnes à bas revenu. Or, nous avons vu précédemment qu'on peut souvent établir une relation entre l'état de santé et le niveau des revenus, ce qu'a, d'ailleurs, confirmé l'enquête sur la famille salariée québécoise. Les familles à bas revenu ont plus de maladies que les familles à revenu élevé. Pourtant ce sont ces familles à revenu modique qui dépensent le moins, en chiffres absolus, pour les soins médicaux<sup>4</sup>.

Il va sans dire, cependant, que les facteurs socio-économiques sont sous-jacents aux facteurs démographiques et biologiques dans l'explication de la consommation médicale. Vu la situation d'urgence

---

1. J. Galdston : *Medicine in Transition*, The University of Chicago Press, 1965.

2. M.-A. Tremblay, G. Fortin : *Les comportements économiques de la famille salariée du Québec*, Les Presses de l'université Laval, Québec, 1964.

3. *Id.*, p. 268.

4. *Id.*, *ibid.*

qui caractérise souvent la maladie, la dépense inscrite au poste de la santé ne peut pas être parfaitement élastique par rapport aux ressources financières. Mais c'est justement dans les circonstances où il y a consommation malgré l'incapacité financière d'une famille que la maladie entraîne les conséquences économiques les plus graves.

Des études faites dans d'autres pays, plus approfondies que celles dont nous disposons pour analyser la situation canadienne, ont eu pour objet l'analyse séparée de l'influence des conditions socio-économiques et des facteurs démographiques. Le modèle auquel nous nous référons ici substitue à la mesure de la dépense moyenne de consommation médicale la notion de seuil de consommation<sup>1</sup>. Ainsi, l'on a pu constater que, pour des groupes de personnes d'âge et de sexe donnés, le seuil à partir duquel l'état pathologique donne lieu à la consultation est conditionné par des variables socio-économiques, telles que la taille du ménage, la catégorie professionnelle du chef de famille et le revenu par personne.

La taille du ménage et la profession ont des effets très prononcés sur le seuil de consommation. D'un autre côté, l'influence du revenu est forte lorsque celui-ci est faible; elle décroît ensuite pour atteindre un point d'équilibre. Bien que ce modèle ait été appliqué à la consommation médicale en France, on peut en transposer assez facilement les conclusions dans notre milieu.

En plus des facteurs économiques et sociologiques, il existe des variables d'ordre psychologique qui influencent les comportements des individus en face de la consommation des soins. Mais les différences de comportement liées à ces facteurs tendent à s'amenuiser par le jeu de l'effet de « dépendance » dans les profils de consommation et l'évolution générale des conditions sociales. L'élimination du frein à la consommation, constitué par l'incapacité financière, devrait donc entraîner le nivellement des comportements vis-à-vis de la consommation des soins.

## **LE PROGRÈS ÉCONOMIQUE ET LA DISTRIBUTION DES REVENUS**

Jusqu'ici, quelques observations présentées ont permis de conclure à des rapports définis entre les niveaux de revenus, la participation à l'assurance volontaire et la consommation des soins. Nous avons vu également que les facteurs socio-économiques influencent le seuil de la consommation, et que les conséquences en apparaissent plus sensibles dans les milieux familiaux où interviennent plusieurs variables à effets négatifs, telles que la profession du chef de famille, la taille de la famille et le niveau du revenu.

---

1. Mizrahia : « Un modèle de dépenses médicales », effet simultané de deux ou plusieurs caractères socio-économiques — document dactylographié.

Par ailleurs, les progrès économiques et sociaux semblent favoriser les aspirations individuelles à un meilleur état de santé et ceci se généralise d'un pays à l'autre. Au Canada, la hausse générale du revenu réel a contribué à une hausse plus que proportionnelle de la consommation des soins<sup>1</sup>. Si cette amélioration générale entraînait également une amélioration relative du niveau de vie des personnes à bas revenu, il y aurait lieu d'espérer que la proportion de celles qui jouissent d'une protection contre la maladie suive une évolution comparable et atteigne un niveau acceptable du point de vue de la consommation des soins sur le plan individuel. Les statistiques sur l'évolution historique de la distribution des revenus<sup>2</sup> mettent cependant en doute le parallélisme entre l'amélioration du niveau de vie par personne et l'amélioration de la distribution des revenus. Si nous tenons compte du fait que le seuil de la pauvreté s'élève parallèlement à la hausse générale du niveau de vie, ces résultats n'apparaissent guère encourageants. De plus, pour plusieurs raisons que nous aurons l'occasion de souligner, nous prévoyons que le prix des soins s'élèvera plus rapidement que l'indice général des prix; ce qui rendra les soins de plus en plus inaccessibles aux personnes à revenus modiques. En d'autres termes, si la distribution des revenus ne s'améliore pas de façon satisfaisante, si le prix des soins continue de monter et si la consommation médicale croît parallèlement au niveau de la vie, nous sommes forcés de conclure que les progrès économiques s'accompagnent d'une détérioration de la situation relative des familles à bas revenu. L'instauration d'un régime public d'assurance-maladie apparaît donc nécessaire pour enrayer une telle détérioration et assurer l'accessibilité des soins à l'ensemble de la population.

### LES RÉGIMES PUBLICS AU QUÉBEC

La couverture des soins hospitaliers est logiquement la première étape de l'assurance-maladie au sens large, puisqu'elle représente la part des frais de soins de santé constituant le plus gros risque financier. L'utilisation accrue des services hospitaliers que favorise le régime québécois d'assurance-hospitalisation influence donc très heureusement l'accessibilité des soins. En 1961, le nombre de jours hospitalisés était de 1,541 par 1,000 personnes assurées<sup>3</sup>. En 1964,

1. De 1957 à 1961, la dépense pour les soins médicaux seulement a augmenté en moyenne de 9 pour cent par année. Si l'on élimine la hausse des prix et l'accroissement de la population, on trouve que la dépense réelle par tête a augmenté en moyenne de 3.9 pour cent par année. (*Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 443.)
2. Bureau fédéral de la statistique : « Distribution of Non Farmer Incomes in Canada. By size. » Statistiques rapportées dans le vol. I du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, chap. 4, pp. 125-140.
3. J. Y. Rivard : « Le partage des frais d'assurance-hospitalisation », *L'hôpital d'aujourd'hui*, vol. XIII, No 3, mars 1967, pp. 25-29.

il était passé à 1,750, alors que la durée moyenne de séjour avait peu varié pendant la même période. Les soins en consultation externe n'ayant été que partiellement couverts et les mécanismes de contrôle n'étant pas parfaits, il est possible que cette hausse reflète un certain degré de surconsommation. Malgré cette hausse, le Québec arrive à peine à normaliser sa situation par rapport à la moyenne canadienne.

Actuellement, la fourniture des soins médicaux est gratuite pour la seule population assistée. Le bien commun même suggère d'étendre cette mesure à toute la population puisque, d'une part, elle crée des pressions pour gonfler la population assistée ou prolonger la période d'assistance, ce qui va à l'encontre des objectifs de certaines mesures d'aide sociale, plus spécifiquement de l'assistance-chômage; d'autre part, ceci est beaucoup plus grave, la ligne de démarcation du champ d'application reste très arbitraire et crée par le fait même un groupe de population marginale qui, dans le cas de besoin, subit un préjudice. Enfin, parviendrait-on à tracer la ligne de démarcation des « économiquement faibles » qu'il faudrait encore, pour les raisons exposées précédemment, la déplacer sans cesse.

Lorsque nous rattachons strictement l'accessibilité des soins aux effets de la maladie sur le plan individuel ou familial, il ressort clairement que certains besoins médicaux ne peuvent être satisfaits que par l'intervention de l'État. Consciente de cette réalité, la majorité de la population du Québec semble, depuis quelques années déjà, d'accord pour souhaiter qu'un régime d'assurance-maladie soit instauré au Québec sous l'autorité de l'État.

Cependant, même si l'assurance-maladie visait uniquement à éliminer la barrière financière vis-à-vis les soins, l'action collective en regard du champ d'application pourrait difficilement revêtir un caractère limité. La rationalisation de l'effort financier ainsi consenti par la société exige une mise en commun de toutes les ressources individuelles affectées à la protection contre la maladie.

Consciente de l'importance et de l'ampleur des objectifs, tant sur le plan social que sur le plan individuel, visés par l'assurance-maladie, la Commission recommande l'instauration au Québec d'un régime complet et universel d'assurance-maladie.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- 1.1. QUE soit instauré au Québec un régime complet et universel d'assurance-maladie.*





---

**Le régime québécois d'assurance-maladie**



# **Le régime québécois d'assurance-maladie**

## **INTRODUCTION**

L'analyse des effets de la maladie sur le plan individuel et familial a permis de préciser une dimension des objectifs de l'assurance-maladie, soit celle de permettre à toute personne d'obtenir les soins dont elle a besoin sans égard à son âge, à son état de santé physique et mental et à sa condition financière. L'ensemble des autres dimensions des objectifs de l'assurance-maladie sur le plan collectif ou social établit clairement qu'elle a pour but de hausser le niveau de sécurité et de bien-être de la collectivité, c'est-à-dire qu'elle constitue une mesure de sécurité sociale.

Les recommandations relatives aux modalités du régime d'assurance-maladie que formule la Commission visent autant à réaliser les objectifs sociaux et l'objectif sur le plan individuel et familial qu'à intégrer le régime lui-même dans l'ensemble des mesures destinées à la réalisation de l'objectif général de la sécurité sociale.

## **L'ASSURANCE-MALADIE**

Afin de faciliter la compréhension du présent chapitre et des chapitres suivants, la Commission croit nécessaire de fournir quelques précisions sur la signification qu'elle donne à l'expression « assurance-maladie ».

Le Comité de recherches sur l'assurance-santé la définissait de la façon suivante :

Assurance qui garantit l'assuré et sa famille contre toutes les affections ou contre un certain nombre d'entre elles, selon le cas. En France, le régime d'assurance-maladie couvre les soins médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments prescrits, les appareillages dentaires, les cures thermales et la maternité <sup>1</sup>.

Il est clair que l'expression « assurance-maladie » peut comprendre les soins et les services hospitaliers, alors que, dans les discussions publiques des dernières années, on en a restreint l'acception aux autres soins et services, tels que les soins médicaux, les soins dentaires et les médicaments.

La Commission a cru opportun de retenir cette dernière signification donnée, au Québec, à l'assurance-maladie. Dans cette perspective, il est possible de concevoir l'assurance-maladie comme une mesure

---

1. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. I, Imprimeur de la Reine, Québec, janvier 1966, p. 45.

nouvelle, et de discuter la couverture initiale du régime et l'extension de la couverture. Il sera également possible de concevoir l'intégration du régime de soins hospitaliers, c'est-à-dire de l'assurance-hospitalisation, au régime d'assurance-maladie.

Enfin, il convient de noter que la définition donnée ci-dessus s'applique uniquement à la couverture des prestations en nature. L'attribution de prestations en espèces, en cas de maladie, s'insère en effet dans les politiques ou les mesures de maintien du revenu.

## 1. — LE CHAMP D'APPLICATION

L'analyse des objectifs de l'assurance-maladie en tant que mesure de sécurité sociale indique clairement que le régime doit s'appliquer à tous, en d'autres termes, que son champ d'application doit être universel.

Les plans de sécurité sociale diffèrent donc fondamentalement des mécanismes d'assurances sociales préexistants.

En premier lieu, et en raison même des éléments multiples, économiques, techniques, et sociaux, qu'ils mettent en oeuvre, ils ne peuvent plus être partiels. Ils s'appliquent nécessairement à l'ensemble des populations. Il n'y a pas de politique économique du plein emploi, il n'y a pas de politique d'organisation sanitaire, il n'y a pas de politique de répartition des revenus, qui puissent se limiter à certaines catégories de travailleurs. Les uns et les autres doivent nécessairement — nous dirions presque par définition — s'étendre à tout un pays.

Pour la même raison, la réalisation de la sécurité sociale ne s'accomode pas de la juxtaposition de mécanismes divers, indépendants les uns des autres, procédant de principes différents et dont chacun tendrait à réaliser un aspect de la sécurité sociale. Cette unité fondamentale de la sécurité sociale est peut-être l'élément essentiel qui ait été dégagé de l'évolution de la politique sociale de tous les pays au cours des dernières années. Cette unité s'impose en raison même de l'identité des situations de tous ceux qui perdent le revenu qu'ils tiraient de leur travail. Quelle que soit la cause de cette perte, chômeurs, malades, femmes en couches, invalides, vieillards, se trouvent toujours, sous l'angle social, dans une situation comparable<sup>1</sup>.

Ce qui précède suggère l'élimination des régimes particuliers couvrant les mêmes soins que ceux qui sont couverts par le régime général, que ces régimes particuliers soient d'initiative privée ou gouvernementale.

Toutefois, les militaires peuvent obtenir, au sein même des forces armées, les soins médicaux dont ils ont besoin. Étant donné le mode de vie particulier des militaires et les impératifs qu'il comporte, il serait difficile d'imaginer une autre façon de leur fournir les soins médicaux. Pour cette raison, les militaires devraient être exclus du régime général. Quant aux épouses et aux enfants des militaires résidant au Québec, ils devraient être protégés par le régime.

1. Pierre Larocque : « De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française », *Revue internationale du travail*, vol. LVII, No 6, juin 1948, Genève.

Les détenus des prisons et des pénitenciers devraient également être exclus du régime d'assurance-maladie, étant donné que la dispensation des soins dont ils ont besoin s'effectue nécessairement dans des conditions bien particulières. Toutefois, dans l'intérêt de leur réintégration éventuelle dans la société, il est essentiel qu'ils reçoivent des soins de même qualité.

Quant aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, aux bénéficiaires d'allocations aux anciens combattants, aux Indiens et aux Esquimaux, le régime québécois devrait les protéger. L'isolement des Esquimaux et de certains groupes d'Indiens ainsi que le statut de ces derniers posent évidemment des problèmes particuliers. La Commission soumettra, dans un rapport ultérieur, des recommandations susceptibles d'améliorer leur situation.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- 1. 2. QUE le régime québécois d'assurance-maladie s'applique à toute personne qui a légitimement droit de demeurer au Canada et qui a établi sa résidence au Québec et y est ordinairement présente, à l'exception des militaires et des détenus des prisons et des pénitenciers.*

## **2. — LA COUVERTURE**

Il n'est pas possible de définir l'étendue de la couverture du régime d'assurance-maladie sans examiner, au préalable, tout un ensemble de facteurs. Parmi les plus importants, mentionnons : les effectifs de dispensation des soins, le coût des soins ainsi que les politiques ou mesures complémentaires.

### **LES EFFECTIFS DE DISPENSATION DES SOINS**

Un type de soins peut être couvert pour l'ensemble de la population à condition que ceux qui en assument la dispensation soient en nombre suffisant. Si les effectifs sont insuffisants et, en outre, mal répartis sur le territoire, la couverture du régime comporte peu d'avantages pour une partie de la population et risque même d'entraîner, sur le plan individuel, une certaine diminution de la qualité des soins.

## LE COÛT DES SOINS

Sur le plan individuel, il faut tenir compte du fait que les soins fondamentaux, comme les soins hospitaliers et médicaux et certains médicaments, représentent pour un grand nombre d'individus des dépenses qu'ils peuvent difficilement assumer. Sur le plan collectif, la nécessité de maintenir l'équilibre dans l'allocation des ressources financières entre les différents secteurs de la santé est aussi de toute première importance.

### LES POLITIQUES OU MESURES COMPLÉMENTAIRES

Bien que le but premier de l'assurance-maladie soit de permettre à toute personne d'obtenir les soins nécessaires au maintien et au recouvrement de sa santé, il ne faut jamais perdre de vue, dans la détermination de la couverture, les nombreuses politiques ou mesures qui, tout en ne faisant pas partie directement de l'assurance-maladie, doivent précéder ou accompagner la couverture de certains soins qui sont des compléments ou des substituts à divers types de soins. Dans une politique de la santé, non uniquement basée sur la maladie et qui vise à une allocation optimale des ressources, un type de soins ne peut être couvert sans être accompagné de mesures préventives appropriées.

Étant donné l'importance de ces multiples facteurs, la Commission ne peut recommander que tous les soins et services soient couverts dès l'établissement du régime. Les organismes qui ont étudié l'étendue de la couverture du régime dans leurs mémoires ont, en pratique, adopté une position analogue. L'analyse de l'étendue de la couverture, en conséquence, a pour objet de déterminer quels soins seront au départ couverts et comment s'effectuera l'extension ultérieure de la couverture. Cette analyse comporte quatre sections : les critères de choix, la couverture initiale, l'extension de la couverture et l'assistance-maladie.

#### A. — Les critères de choix

L'essor extraordinaire de la médecine au cours des dernières années a diversifié de façon considérable les types de soins et les techniques thérapeutiques. La technique thérapeutique n'est plus ce processus relativement homogène d'il y a quelques décennies. À ce moment-là, la visite du médecin tenait un rôle de toute première importance, les médicaments étaient moins nombreux, moins coûteux et surtout moins efficaces, et l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale représentaient des moyens de tout dernier recours.

Depuis lors, les techniques thérapeutiques multipliées sont devenues fort complexes et dispendieuses. Il n'y a guère de types de maladies que leur efficacité n'a pas réussi à vaincre ou à contrôler. Il

semble donc logique de couvrir en premier lieu les situations pathologiques pour lesquelles le développement des techniques et l'évolution de la pratique impliquent les plus « gros risques » financiers.

L'importance ou la hiérarchie des risques ne saurait, toutefois, être le seul critère de choix utilisé dans l'établissement des priorités. En effet, on doit aussi tenir compte de l'importance sociale de chaque type de soins ou services. Toutes choses étant égales par ailleurs, l'action gouvernementale doit d'abord porter sur les soins à forte composante publique <sup>1</sup>.

De plus, la décision de couvrir ou de ne pas couvrir certains soins doit également tenir compte de l'efficacité, du rendement thérapeutique et des dangers que peuvent comporter les produits ou techniques en cause. À cette fin, une évaluation en termes absolus ou proprement médicaux s'impose de même qu'une évaluation en fonction du coût et de la détermination des prix des divers produits ou techniques disponibles.

## **B. — La couverture initiale**

Avant d'indiquer en quoi devrait consister la couverture initiale de l'assurance-maladie, il importe d'examiner la portée des régimes présentement en vigueur afin de déterminer les modifications qui pourraient s'imposer sous le rapport de leur couverture.

Le régime de soins hospitaliers, en vertu de la Loi de l'assurance-hospitalisation, couvre :

a) les frais d'hospitalisation au niveau de la salle ordinaire, les examens radiologiques, les épreuves de laboratoire et les médicaments prescrits pour les malades hospitalisés;

b) les frais des traitements dispensés aux malades admis d'urgence dans les consultations externes à la suite d'un accident, à l'exception des honoraires professionnels;

c) les frais des traitements de petite chirurgie dispensés à des malades non hospitalisés, à l'exception des honoraires professionnels; et

d) les frais des traitements de radiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique médicale dispensés aux malades hospitalisés ou admis dans les consultations externes.

Enfin, le ministre de la Santé a annoncé, le 1er juin 1967, que la couverture des soins hospitaliers serait complétée, à compter du 1er juillet 1967, par l'inclusion des frais des examens radiologiques et des épreuves de laboratoire, y compris leur interprétation, dans les consultations externes.

---

1. Voir les volumes VII et VIII du premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé où cette notion de bien public, privé ou mixte est analysée en détail.

Les services psychiatriques du ministère de la Santé assument le coût de l'hospitalisation, des soins médicaux et des médicaments dispensés aux malades mentaux hospitalisés ou traités dans les consultations externes. Ce régime s'étend aux hôpitaux psychiatriques proprement dits mais aussi à un certain nombre d'hôpitaux généraux et de cliniques, suivant, toutefois, des modalités de financement et d'administration qui varient selon les types d'établissements. Le critère utilisé pour déterminer si le malade sera défrayé d'une partie ou de la totalité des soins reçus, lorsqu'il est traité dans un hôpital psychiatrique, est sa situation financière.

La Division de la tuberculose du ministère de la Santé acquitte les frais des services diagnostiques, de l'hospitalisation et des soins médicaux pour les tuberculeux.

Le régime d'assistance médicale permet aux bénéficiaires, ainsi qu'à leur conjoint et à leurs enfants à charge, de la Loi de l'aide aux invalides, de la Loi des allocations aux aveugles, de la Loi de l'assistance aux personnes âgées, de la Loi de l'assistance aux mères nécessiteuses et de la Loi de l'assistance publique, de recevoir gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin. Le régime couvre les examens diagnostiques de radiologie et les épreuves de laboratoire effectués dans les consultations externes des hôpitaux<sup>1</sup>.

Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, en plus d'accorder des prestations en espèces aux assurés victimes d'un accident ou d'une maladie professionnelle, les protège contre les frais de traitement et leur fournit certains soins de réadaptation.

Les régimes fédéraux d'accidents du travail protègent certaines classes de travailleurs<sup>2</sup> contre les frais de traitement<sup>3</sup>.

#### **a. — Modification du régime de soins pour les malades mentaux**

Il n'existe aucune raison valable pour que les malades des hôpitaux psychiatriques assument en tout ou en partie les frais de leur hospitalisation. Malheureusement, il s'agit là d'une manifestation des diverses formes de discrimination qui, bien qu'elles s'atténuent, existent encore à l'endroit des personnes atteintes de maladies ou d'affections mentales.

- 
1. Les modifications à la couverture du régime d'assistance médicale sont analysées dans une section du présent chapitre intitulée : « L'assistance-maladie ».
  2. Loi sur l'indemnisation des employés de l'État, S.R.C. 1952, chap. 134. Loi sur l'indemnisation des marins marchands, S.R.C. 1952, chap. 178. Loi sur l'aéronautique, S.R.C. 1952, chap. 2.
  3. Les modifications à la couverture des régimes des accidents du travail et des maladies professionnelles seront analysées dans un rapport ultérieur, dans le cadre de l'intégration et de la coordination des divers régimes de soins.



## Recommandation

La Commission recommande :

- I. 3. QUE les malades des hôpitaux psychiatriques ne soient plus tenus d'assumer en tout ou en partie les frais de leur hospitalisation.*

### **b. — Modification de la Loi de l'assurance-hospitalisation**

Les services diagnostiques et thérapeutiques couverts par les régimes de soins hospitaliers comportent deux composantes, la première de nature professionnelle et la seconde de nature opérationnelle.

L'interprétation des épreuves de laboratoire et des examens radiologiques et la dispensation proprement dite des soins constituent la composante professionnelle. Quant à la composante opérationnelle, elle comprend les lieux physiques, l'équipement nécessaire aux prélèvements et aux techniques d'analyse, l'équipement nécessaire aux techniques de thérapie et le personnel affecté aux fonctions techniques et administratives.

En conformité des dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, le régime québécois d'assurance-hospitalisation a couvert, dans divers cas, en plus des frais inhérents à la composante opérationnelle, les frais reliés à la composante professionnelle : par exemple, dans les examens radiologiques et les épreuves de laboratoire pour les malades hospitalisés. Au moment de l'établissement d'un régime couvrant les soins proprement dits, une saine gestion exige que seule la composante opérationnelle soit comprise dans les services hospitaliers et que toute composante professionnelle soit rattachée à la couverture des soins; par rapport aux soins médicaux, une telle mesure permettrait l'unification des dispositions législatives, de la gestion et de la négociation, sans égard au champ spécifique d'activité des membres de la profession.

## Recommandation

La Commission recommande :

- I. 4. QUE, dès l'instauration du régime d'assurance-maladie, seule la composante opérationnelle des services ou des soins demeure rattachée aux services hospitaliers couverts et que toute composante professionnelle soit comprise dans la couverture des soins.*

### c. — Les soins médicaux

Les soins médicaux sont, avec les autres soins déjà couverts par les régimes publics, l'élément de base d'un régime d'assurance-maladie.

En premier lieu, l'importance du coût des soins médicaux par rapport au coût total des différents types de soins, soit environ 20 pour cent à l'heure actuelle <sup>1</sup>, ainsi que la disparité dans la consommation des soins médicaux entre personnes assurées et non assurées et entre les personnes à haut et à bas revenu <sup>2</sup> indiquent que dans ce secteur une bonne partie de la population a besoin d'être aidée.

Également, il importe de se rappeler que les soins médicaux représentent en général l'étape initiale du processus de dépistage ou de guérison de la maladie. En effet, c'est d'abord vers le médecin que se dirige, dans la grande majorité des cas, celui qui est atteint d'un malaise quelconque. Bien souvent, cette première démarche suffit à la guérison. Il est donc nécessaire que ces soins soient accessibles à tous, puisqu'ils prennent alors une dimension préventive, et qu'on n'hésite pas à les utiliser le plus tôt possible à l'occasion d'une maladie.

La couverture des soins médicaux devrait être complète, c'est-à-dire qu'elle devrait inclure tous les soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et psychiatriques dispensés par les médecins, pour fins diagnostique, thérapeutique ou de réadaptation. Afin d'éviter tout cloisonnement entre la médecine préventive et la médecine curative, les examens préventifs ou de dépistage effectués par les médecins devraient être tous couverts. On respecte mieux ainsi le libre choix du malade et on tient compte des cas spéciaux où la connaissance, par le médecin de famille, de l'histoire et des antécédents de la personne examinée est une partie intégrante du diagnostic.

Pourraient être exclus de la couverture du régime certains soins qui ne sont pas reliés directement aux processus de prévention ou de guérison, par exemple, la chirurgie pour fin purement esthétique, les examens pour fins d'emploi, d'assurance ou de procédure judiciaire, les soins relatifs à des blessures de guerre que reçoivent militaires et civils en vertu de la Loi sur les pensions <sup>3</sup> et de la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils <sup>4</sup>, ainsi que les soins aux militaires en vertu de la Loi sur la défense nationale <sup>5</sup>.

---

1. *Rapport de la Commission Royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 847.

2. *Illness and Health Care in Canada, Canadian Sickness Survey, 1950-51*, Department of National Health and Welfare and The Dominion Bureau of Statistics, Ottawa, 1960. Weeks, H. Ashley : « Family Spending Patterns and Health Care », *Health Information Foundation*, Harvard University Press, Cambridge, 1961.

3. *S.R.C. 1952*, chap. 51.

4. *Id.*, chap. 184.

5. *Id.*, chap. 207.

*Exclusion de la chirurgie pour fin purement esthétique.* — L'exclusion, de la couverture du régime, de la chirurgie pour fin purement esthétique présente certaines difficultés car, bien que, dans nombre de cas, une intervention ne soit pas absolument indispensable, la chirurgie esthétique est à conseiller pour des raisons d'ordre médical et esthétique à la fois, d'ordre psychologique ou encore d'ordre strictement médical. Excepté l'orsqu'il s'agit d'urgence strictement médicale, la Commission croit que tout cas où l'intervention n'est pas clairement indiquée sur les plans médical ou psychologique devrait être soumis à l'avance, pour fin d'approbation, aux conseillers médicaux de l'organisme chargé de l'administration du régime. Cet organisme devra également établir des normes relatives à la qualité et aux prix des prothèses requises.

*La chirurgie buccale.* — Dans la mesure où la chirurgie buccale sera couverte par le régime, il n'y aura pas lieu de distinguer l'intervention effectuée par un médecin-chirurgien de celle que pratiquera un dentiste spécialisé en chirurgie buccale. Étant donné que la couverture doit s'appliquer uniquement à la chirurgie buccale et non aux soins dentaires proprement dits, seules les interventions effectuées à l'hôpital devraient être admissibles.

Aux fins de l'assurance-maladie, une liste des dentistes spécialisés en chirurgie buccale devrait être dressée en collaboration par le Collège des chirurgiens-dentistes et le Collège des médecins et chirurgiens.

## **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 5. *QUE le régime couvre initialement tous les soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et psychiatriques dispensés par les médecins, pour fins diagnostique, thérapeutique, ou de réadaptation, à l'exception de certains soins qui ne sont pas reliés directement aux processus de prévention ou de guérison, par exemple, les examens pour fins d'emploi, d'assurance ou de procédure judiciaire, les soins dispensés relativement à des blessures ou à des affections de guerre, à des militaires et à des civils, en vertu de la Loi fédérale sur les pensions et de la Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils, ainsi que les soins aux militaires en vertu de la Loi sur la défense nationale.*
- I. 6. *QUE tout cas de chirurgie esthétique, où l'intervention n'est pas clairement indiquée au point de vue médical ou psychologique, soit soumis au préalable à l'approbation des conseillers médicaux de l'organisme chargé*

*d'administrer le régime et que des normes soient établies relativement à la qualité et aux prix des prothèses requises.*

*I. 7. QUE les interventions de chirurgie buccale soient couvertes par le régime si elles sont effectuées à l'hôpital par un médecin-chirurgien ou un dentiste spécialisé en chirurgie buccale. Qu'une liste des dentistes spécialisés en chirurgie buccale soit dressée en collaboration, aux fins de l'assurance-maladie, par le Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.*

**d. — Les médicaments prescrits pour les maladies de longue durée**

Du point de vue de la couverture, les médicaments posent un problème très complexe en raison de l'immense éventail des produits en cause, de la structure actuelle de cette industrie, de ses marchés de distribution et de la difficulté d'établir des contrôles, à la fois souples et efficaces, de la consommation dans le cadre de l'assurance-maladie<sup>1</sup>.

Il apparaît d'abord fort difficile de déterminer le niveau de la composante publique des divers produits pharmaceutiques puisqu'elle varie considérablement d'un produit à l'autre et aussi selon l'usage fait du produit. Les médicaments, en effet, ne sont pas tous d'égale valeur et leur efficacité est fonction non seulement des types de médicaments mais même des fabricants. Ainsi que le signalait le premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé<sup>2</sup>, certains médicaments, tels que des vaccins peu coûteux, ont un rendement considérable tandis que d'autres se sont, après un temps, révélés des dangers publics. Par ailleurs, l'usage que le public fait de certains médicaments (par exemple, les tranquillisants ou les stimulants) ne permet pas toujours d'en retirer le rendement maximal, quand ils ne deviennent pas nettement nocifs.

Les médicaments, les soins hospitaliers et les soins médicaux sont, dans une certaine mesure, des compléments et des substituts les uns par rapport aux autres. De plus, les médicaments contribuent à diminuer substantiellement les coûts de la guérison : ils permettent de réduire la durée de l'hospitalisation et, dans le traitement des maladies mentales et de la tuberculose, remplacent dans une large mesure les soins hospitaliers. Enfin, certaines maladies ont été à peu près complètement éliminées grâce à l'effet bénéfique des médicaments.

Est-il besoin de le rappeler ? Même si les médicaments ne représentent qu'une portion relativement limitée des dépenses pour soins

1. Voir à ce sujet le premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, Imprimeur de la Reine, Québec, vol. VII, p. 38.

2. *Ibid.*

personnels<sup>1</sup>, ils imposent parfois, au niveau familial ou individuel, des déboursés fort onéreux, en particulier dans le cas des maladies chroniques.

En réalité, l'instauration d'un régime d'assurance-maladie a pour but de porter la consommation des divers soins à un niveau optimal. À cette fin, deux points excellents seraient marqués si, en plus de couvrir les médicaments à l'hôpital :

— le régime couvrirait, dès son instauration, les autres médicaments les plus susceptibles d'entraîner des dépenses élevées pour les malades, c'est-à-dire les médicaments prescrits dans le cas de certaines maladies chroniques ou de longue durée (l'appendice II donne, à titre d'exemple, une liste de ces maladies et des médicaments susceptibles d'être prescrits) ; et si

— des mesures appropriées réussissaient à abaisser les prix trop élevés des médicaments.

La Commission ne croit pas qu'il y ait lieu d'étendre davantage la couverture des médicaments avant que le système administratif relatif au paiement des frais médicaux ne soit bien établi afin de permettre la vérification nécessaire en fonction des diagnostics. Par ailleurs, le paiement des frais de médicaments au début du régime s'effectuera plus facilement sur vérification du diagnostic posé, la liste des maladies et des médicaments admissibles étant relativement restreinte. L'établissement d'une fiche individuelle qui vérifie la consommation s'impose également, afin de contrôler les coûts et d'éviter les abus de consommation.

Enfin, en plus de souligner les problèmes que pose le prix trop élevé des médicaments, la Commission insiste sur la nécessité, pour les administrateurs du régime, de se familiariser avec les problèmes que soulèvera la couverture des médicaments. La couverture partielle dans le cadre de l'assurance-maladie et la couverture complète sous le régime d'assistance-maladie<sup>2</sup> leur fourniront l'occasion d'acquérir l'expérience nécessaire.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

*1.8. QUE le régime couvre, au début, les médicaments prescrits dans le cas de maladies chroniques ou de longue durée et qu'un système de contrôle relié au diagnostic et permettant de vérifier la consommation individuelle de médicaments soit établi au préalable.*

1. Selon la Commission Hall (vol. I, p. 847), ces dépenses auraient représenté, en 1966, 6 pour cent des dépenses pour soins personnels, dans l'hypothèse des seuls régimes déjà établis au Canada en 1964, alors que cette proportion aurait été de 8.8 pour cent en 1966 dans l'hypothèse de la mise en vigueur des régimes recommandés par la Commission.

2. Voir p. 78.

#### e. — Les frais modérateurs

La question de l'imposition de frais modérateurs, c'est-à-dire d'une quote-part du coût des soins ou services laissée à la charge du malade, est relativement difficile. De façon générale, la Commission n'a trouvé aucun fondement à l'imposition de tels frais pour tous les types de soins et de services. Il n'apparaît pas nécessaire d'adopter une politique visant à modifier la consommation de tous les soins car, bien souvent, les personnes qui en ont le plus besoin, comme les assistés sociaux et les personnes à faible revenu, en seraient privées. Une telle mesure pourrait d'ailleurs compromettre l'un des objectifs fondamentaux de l'assurance-maladie.

En outre, l'imposition de frais modérateurs, en tant que mécanisme de financement, est fort discutable. D'une part, il est difficile d'imaginer qu'un tel mécanisme, s'il était autrement jugé désirable, puisse réduire de façon appréciable le coût des prestations pour les raisons énoncées au paragraphe précédent. D'autre part, la réduction qui en résulterait dans le coût des prestations serait annulée en partie par les frais d'administration accrus qu'une telle mesure entraînerait.

Bien que l'imposition de frais modérateurs soit assez répandue dans les régimes d'assurance-maladie européens, il ne faut pas nécessairement en déduire qu'une politique analogue doive s'adopter au Québec. En effet, l'imposition généralisée de tels frais a été reliée à un système de remboursement des honoraires, selon lequel le malade acquitte les honoraires qu'il se fait ensuite rembourser en partie par la caisse locale du régime. Ce système administratif extrêmement lourd ne saurait être recommandé au Québec où les sociétés d'assurance privées ont habitué leurs assurés au système plus efficace et moins onéreux du tiers-payant. En outre, le mécanisme de contrôle par le truchement de frais modérateurs généralisés a été conçu à une époque où les techniques, beaucoup plus souples et efficaces, de contrôle statistique par des ordinateurs électroniques étaient encore inconnues.

Toutefois, s'il n'est pas souhaitable d'utiliser sans discernement le mécanisme des frais modérateurs, ceux-ci peuvent être tout à fait indiqués dans certains cas précis où les modes habituels de contrôle de la consommation excessive des soins et des services se révèlent insuffisants. Par exemple, l'expérience de plusieurs pays démontre que, dans le cas des médicaments prescrits pour les maladies de courte durée, le contrôle des abus en l'absence de frais modérateurs est très difficile. La publicité exagérée entourant la vente des médicaments, le manque de connaissances de la part de la population relativement aux dangers d'une consommation abusive et, enfin, la notion encore trop répandue que le médecin qui ne prescrit pas de

médicament ne traite pas efficacement, sont évidemment les principaux facteurs à l'origine de ces abus. Compte tenu des dangers que présente, pour la population, la consommation excessive de médicaments, la Commission est donc d'avis que la couverture des médicaments prescrits pour les maladies de courte durée doit s'accompagner de l'imposition de frais modérateurs suffisamment élevés pour prévenir une consommation abusive. Quant aux médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée, la vérification de la posologie normale peut s'effectuer plus facilement et leur couverture est moins susceptible de donner lieu à une consommation excessive.

Dans l'analyse des frais modérateurs, il importe de distinguer ces frais de ceux que pourraient verser les personnes qui désirent des services ou des produits comportant un élément de luxe par rapport à ceux que couvre le régime. Le montant additionnel que paye une personne pour être hospitalisée dans une chambre privée, lorsque l'isolement n'est pas nécessaire du point de vue médical, constitue un exemple de ce type de frais. Au moment où les lunettes seront couvertes par le régime, les personnes qui désireront une monture plus dispendieuse que celle que stipulera le régime devront, pour la même raison, payer la différence. Tels sont les frais que devront assumer les bénéficiaires du régime chaque fois qu'ils introduiront un élément de luxe dans un type de soins, de produits ou de services.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

*1.9. QUE des frais modérateurs soient imposés uniquement lorsqu'ils constituent le seul moyen de vérifier une consommation excessive.*

### **f. — La période d'attente et la prolongation de la période de couverture**

Afin de coordonner les divers régimes de soins, les dispositions relatives à l'entrée en vigueur et à la cessation de la protection accordée seront les mêmes pour les soins hospitaliers que pour les autres soins couverts par le régime d'assurance-maladie. Ces dispositions visent à assurer la continuité dans la protection accordée aux Québécois en voyage ou en résidence temporaire à l'étranger, aux personnes qui se déplacent d'une province à l'autre et aux immigrants qui viennent s'établir au Québec.

Le résident du Québec qui va s'établir dans une autre province devrait conserver le bénéfice des prestations du régime pendant les trois mois qui suivent son départ. En contrepartie, les résidents des autres provinces qui élisent domicile au Québec n'auraient droit au

bénéfice des prestations qu'après une période de trois mois suivant la date de leur arrivée. Cette forme de réciprocité présente un minimum de difficultés administratives et a déjà été acceptée en principe par les ministres de la Santé<sup>1</sup>.

Quant aux personnes qui viennent s'établir au Québec avec un statut d'immigrant et aux missionnaires québécois qui reviennent d'un stage à l'étranger, il n'existe aucune raison valable pour qu'une période de trois mois leur soit imposée. Il en est de même pour les détenus de prison et de pénitencier lorsqu'ils réintègrent la vie civile ordinaire. De l'avis de la Commission, la suppression de cette période d'attente du régime de soins hospitaliers ne devrait pas être différée jusqu'à l'établissement du régime d'assurance-maladie.

## **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 10. QUE, pour les résidents du Québec qui reçoivent dans une autre province du Canada des soins qui sont assurés au Québec, ces soins soient défrayés par le régime au taux établi dans la province où ils ont été dispensés.  
S'il n'existe pas de taux fixe ou établi dans la province où ces soins ont été dispensés, ou, encore, s'ils n'y sont pas couverts, que le régime en rembourse le coût jusqu'à concurrence des taux établis au Québec.*
- I. 11. QUE, pour les résidents du Québec qui reçoivent en dehors du Canada des soins qui sont assurés au Québec, le régime en rembourse le coût jusqu'à concurrence des taux établis au Québec, à moins qu'une entente différente ne lie le Québec et le pays intéressé.*
- I. 12. QUE les résidents des autres provinces du Canada qui deviennent résidents du Québec soient couverts par le régime trois mois après leur arrivée au Québec.*
- I. 13. QUE les résidents du Québec qui vont s'établir dans une autre province du Canada continuent d'être couverts par le régime pendant trois mois.*
- I. 14. QUE les résidents du Québec qui vont s'établir dans un autre pays cessent d'être couverts par le régime dès leur départ, à moins qu'une entente ne lie le Québec et le pays intéressé.*

---

1. Conférence des ministres de la Santé des provinces tenue à Winnipeg le 22 novembre 1965.



*I. 15. QUE les personnes qui viennent s'établir au Québec avec un statut d'immigrant et les missionnaires québécois qui reviennent d'un stage à l'étranger soient couverts par le régime dès leur arrivée. Que les détenus de prison et de pénitencier soient couverts par le régime dès qu'ils réintègrent la vie civile ordinaire.*

*I. 16. QUE le régime de soins hospitaliers soit amendé en ce sens.*

*I. 17. QUE l'organisme chargé de l'administration du régime soit autorisé à conclure, avec l'autorité compétente d'autres pays, des ententes de réciprocité relatives à l'administration de prestations payables aux résidents d'un autre pays et aux personnes d'un autre pays qui résident au Québec.*

#### **C. — L'extension de la couverture**

La couverture initiale du régime, soit celle des soins médicaux et des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée, ajoutée à la couverture actuelle des soins et des services hospitaliers et des médicaments prescrits pour les malades hospitalisés, protégerait la population contre 85 à 90 pour cent des dépenses de soins. Cependant, certains autres types de soins possèdent une importance individuelle ou sociale variable; complémentaires des soins initialement couverts, ces soins produisent des rendements plus ou moins élevés. La consommation actuelle d'un certain nombre d'entre eux, c'est évident, n'atteint pas un niveau optimal, particulièrement au sein de la population moins fortunée. La couverture initiale du régime améliorera sans doute cette situation puisqu'elle permettra aux individus et aux familles de concentrer leurs dépenses personnelles pour la santé sur les 10 à 15 pour cent des frais non couverts. Toutefois, compte tenu de la nature de ces soins, il est nécessaire de prévoir leur couverture progressive.

##### **a. — Les soins dentaires aux enfants et aux femmes enceintes**

Sous plusieurs aspects, les soins dentaires sont comparables aux soins médicaux. Utilisés les premiers dans le processus de la guérison, ils suffisent souvent à corriger plus d'une déficience.

Reconnue d'emblée pour les enfants et pour les femmes enceintes, leur importance ne se limite toutefois pas à cette fraction de la population. La fréquence des affections dentaires (surtout de la carie) à l'époque de la croissance et de la grossesse, la nécessité d'une bonne dentition dans le processus d'alimentation, la permanence des effets

des soins dentaires chez les enfants et les femmes enceintes leur confèrent une certaine priorité : le rendement en est élevé du point de vue de la santé autant que du bien-être.

Dans la mesure où les effectifs le permettront, les soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans et aux femmes enceintes devraient être couverts.

Outre la question des effectifs, la couverture des soins dentaires soulève certains problèmes particuliers. Parmi ceux-ci, il faut mentionner le prix et la qualité des prothèses dentaires, la répartition, entre les dentistes et les techniciens dentaires, des revenus découlant de la vente des prothèses et les conditions d'exercice et de contrôle de l'activité des techniciens dentaires. Il faut mentionner également que, relativement à la couverture des soins d'orthodontie, la Commission est d'avis qu'on devra élaborer des normes particulières relatives aux conditions d'admissibilité, aux types de soins couverts et aux frais couverts par le régime. La Commission poursuit ses études relativement au prix des prothèses et à l'activité des techniciens dentaires. Quant aux normes relatives à la couverture des soins d'orthodontie, la Commission est d'avis qu'en raison de la nature technique de cette question, elles devraient être élaborées par l'organisme chargé d'administrer le régime en collaboration avec le Collège des chirurgiens-dentistes et l'association syndicale représentant les dentistes.

#### **b. — Les soins et les services oculaires**

Parmi les cinq sens dont l'être humain est doté, celui de la vue joue un rôle de toute première importance dans son développement et son activité physique et mentale.

Pour l'enfant qui grandit, la présence d'affections ou de déficiences de l'œil peut avoir plusieurs types de répercussions fâcheuses dont le caractère peut atteindre un état de permanence prononcé. Bien que des études récentes<sup>1</sup> n'aient pas établi de relation directe entre le nombre d'échecs scolaires et les déficiences de la vue, il est superflu d'insister sur l'importance d'une bonne vision chez l'écolier. De même une vision de bonne qualité permet à l'adulte de s'assurer un mode normal de vie. Des déficiences visuelles sérieuses, chez l'adulte, en feront souvent un fardeau pour la société.

La vue joue également un rôle très important chez les personnes âgées, car elle influe sur le bien-être.

Les troubles visuels comptent parmi les affections les plus fréquentes au Québec. Ces déficiences peuvent devenir des causes d'accident. Elles sont, en particulier, responsables d'un certain nombre de tragédies routières.

---

1. Dr Jacques Létourneau : Travail présenté à Québec, le 26 novembre 1966, aux Journées d'études sur l'aspect médical des services oculaires au niveau scolaire.

*L'ophtalmologiste, l'optométriste et l'opticien d'ordonnances.* — Au Québec, trois groupes professionnels se partagent la dispensation des soins et des services oculaires; ce sont les ophtalmologistes, les optométristes et les opticiens d'ordonnances.

Dans l'état actuel des connaissances et l'évolution des conditions d'exercice, la délimitation du champ d'action de ces groupes demeure difficile et imprécise. Cette situation fut à l'origine de multiples conflits qui se reflètent dans les mémoires soumis à la Commission lors de ses audiences publiques et dans les nombreuses communications qui lui furent adressées sur le sujet. La collaboration étroite qui devrait normalement exister entre ces trois groupes est pratiquement inexistante. Nous ne saurions ignorer plus longtemps les conséquences désastreuses qui en découlent pour la population.

*Le rôle de l'ophtalmologiste, de l'optométriste et de l'opticien d'ordonnances.* — Étant donné cette situation, il est nécessaire de préciser, en premier lieu, le rôle fondamental de chacune de ces catégories professionnelles avant de traiter de toute mesure relative aux soins et aux services oculaires.

Par sa formation médicale, l'ophtalmologiste « s'occupe de l'œil (et de ses annexes) quant à sa structure anatomique, sa pathologie propre ainsi que ses manifestations d'une pathologie de nature systématique ou originant d'un autre organe ». Il s'occupe, il va de soi, également de sa fonction, c'est-à-dire, la vision<sup>1</sup>.

L'optométriste, par sa formation, ne s'occupe que de la vision. La Loi des optométristes et opticiens<sup>2</sup> donne de l'optométrie la définition suivante :

L'optométrie se définit : emploi de tous les moyens autres que l'usage des drogues pour la recherche et le mesurage des vices de réfraction, tels que l'hypermétropie, la myopie, la presbytie, l'astigmatisme et l'asthénopie en se servant de lentilles ophtalmiques pour y remédier.

Elle comprend aussi tout examen de la vue fait par tous les moyens quelconques, hormis l'usage des drogues, dans le but d'en déterminer, d'en corriger ou d'en améliorer l'acuité.

L'opticien d'ordonnances exécute les ordonnances des médecins et des optométristes relativement aux verres ophtalmiques ainsi qu'aux montures, qu'il fabrique fournit, pose, ajuste, vend et remplace.

Tenant compte de ce rôle fondamental de l'ophtalmologiste, de l'optométriste et de l'opticien d'ordonnances, il est possible d'analyser le champ d'action de chacun d'eux dans la dispensation des soins et la fourniture des services oculaires en fonction de la nature de ces derniers.

*Nature des soins et des services oculaires.* — Au chapitre des soins et des services oculaires, il est nécessaire d'effectuer une pre-

1. Mémoire de l'Association des ophtalmologistes du Québec à notre Commission, avril 1967, p. 7.

2. S.R.Q. 1964, chap. 257, art. 17.

mière distinction entre les soins ophtalmologiques et les soins et les services optométriques. Les soins ophtalmologiques sont des soins médicaux et seuls des médecins ayant reçu une formation spéciale peuvent les dispenser. « Quant aux soins et aux services optométriques, ils se divisent en quatre catégories principales selon qu'ils ont trait au dépistage, à l'investigation optométrique, à la rédaction de l'ordonnance et à son exécution. L'investigation optométrique comprend, à son tour, le dépistage et l'orientation des cas pathologiques vers le médecin, la recherche des erreurs de réfraction, la mesure de celles-ci et l'analyse visuelle<sup>1</sup>. »

Quant à l'exécution de l'ordonnance, elle inclut la fourniture et l'ajustement des lentilles conventionnelles et des lentilles spéciales ainsi que l'entraînement ou l'éducation visuelle.

*Les soins et les services oculaires dans le cadre de l'assurance-maladie.* — Pour les fins du présent rapport, il est nécessaire d'analyser les soins et les services oculaires en fonction de la couverture du régime de même que les dispositions relatives à la couverture, compte tenu, en particulier, des problèmes que soulève la délimitation des champs d'action.

Étant donné que le régime recommandé couvrira dès le début les soins médicaux, les soins ophtalmologiques proprement dits seront par le fait même couverts au point de départ. En outre, la nature de ces soins ne nécessite pas, de l'avis de la Commission, de dispositions différentes de celles relatives aux autres soins médicaux.

La question de l'extension de la couverture du régime d'assurance-maladie se pose donc en fonction des soins et des services optométriques.

La Commission traitera, dans un rapport ultérieur, les aspects propres aux programmes de dépistage des affections et des déficiences oculaires dans le cadre plus large des mesures d'hygiène et de prévention. Il en sera de même des questions relatives à la formation, aux effectifs, à l'organisation de la distribution des soins et des services oculaires et à la recherche.

*La couverture des soins optométriques.* — L'importance des soins dispensés par les optométristes leur confère une certaine priorité dans l'extension de la couverture du régime. Toutefois, selon la Commission, la couverture de ces soins doit s'accompagner de certaines dispositions nécessaires à la protection de la population<sup>2</sup> :

1. Premier mémoire soumis en collaboration par l'Association des médecins du Service de santé de la ville de Montréal, l'Association professionnelle des chirurgiens-dentistes du Québec, l'Association professionnelle des opticiens d'ordonnances du Québec, l'Association professionnelle des optométristes du Québec, l'Association professionnelle des pharmaciens du Québec et la Fédération des omnipraticiens du Québec, avril 1967, p. 106.
2. Voir appendice III, « Aspects particuliers de la couverture des soins et des services oculaires ».

a) seul l'examen de la réfraction et l'ordonnance devraient faire l'objet de la couverture;

b) le ministère de la Santé devrait, en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens et le Collège des optométristes, élaborer des normes relatives à l'orientation obligatoire des cas pathologiques vers le médecin. Ces normes devraient, par la suite, être inscrites dans la Loi des optométristes et opticiens de la province de Québec<sup>1</sup>.

c) seul l'ophtalmologiste pourrait prescrire des verres de contact; l'admissibilité au paiement de la prestation serait établie selon des normes élaborées par les conseillers médicaux de l'organisme chargé d'administrer le régime;

d) l'ajustement des verres de contact ne devrait être effectué que par des personnes compétentes, dûment reconnues comme telles. Un comité formé par le Collège des médecins-chirurgiens, en collaboration avec le Collège des optométristes et la Corporation des opticiens d'ordonnances, devrait déterminer les titres requis, dresser et tenir à jour la liste des personnes jugées compétentes.

*La couverture des lentilles ophtalmiques et des montures.* — Par suite de la complémentarité entre les soins optométriques et la fourniture des lunettes, la Commission est d'avis que les lunettes devraient être couvertes au moment où le régime s'étendra aux soins dispensés par les optométristes. La couverture s'appliquera également aux lunettes fournies par les opticiens d'ordonnances. La couverture des lunettes nécessite, de l'avis de la Commission, des dispositions particulières et devra être précédée de certaines mesures.

En effet, la Commission a été informée que l'absence de contrôle de la qualité des lentilles donnait lieu à la vente de lunettes susceptibles d'endommager la vision. En outre, de façon assez générale, le prix des lentilles ophtalmiques et des montures comporterait des profits relativement élevés. Dans la mesure où les témoignages reçus par la Commission sont exacts, il y a lieu de corriger cette situation. La Commission poursuit l'étude de ces questions et se prononcera plus tard.

Quant aux dispositions relatives à la fourniture des lunettes, la Commission croit :

a) que la vente de lunettes par des ophtalmologistes devrait être prohibée;

b) que toute mesure tendant à permettre aux optométristes de se retirer graduellement de la vente des lunettes devrait être fortement encouragée;

c) qu'une personne qui désire une monture plus dispendieuse que celles que le régime couvrira soit tenue de payer la différence;

1. S. R. Q. 1964, chap. 257, art. 17.

d) que le paiement d'un montant égal au tiers du coût soit exigé pour le remplacement de lunettes perdues ou brisées;

e) que, pour les fins de la couverture du régime, un comité formé d'ophtalmologistes et d'optométristes établisse, pour chaque catégorie d'individus, la fréquence des changements admissibles de lunettes.

#### **c. — Les médicaments prescrits dans les cas de maladies de courte durée**

Par suite de l'importance des médicaments sur les plans thérapeutique et préventif, les médicaments prescrits pour les maladies de courte durée devraient éventuellement être couverts par le régime. Nous l'avons déjà indiqué, cette étape de l'extension de la couverture ne devrait pas être franchie avant que des mesures aient été prises en vue d'abaisser le prix des médicaments et que l'organisme chargé de l'administration du régime ait acquis une connaissance et une expérience suffisantes des problèmes posés par la couverture.

La Commission désire rappeler que, dans les cas de maladies de courte durée, elle est convaincue que l'imposition de frais modérateurs est nécessaire et que ceux-ci doivent être suffisamment élevés pour éviter la consommation excessive de médicaments. La question de savoir si cette politique devrait être maintenue en permanence ne devrait être analysée que lorsque l'expérience et les données nécessaires permettront de prendre une telle décision en fonction du contexte québécois.

#### **d. — Les soins dentaires aux adultes**

Même si les soins dentaires n'ont pas le même caractère prioritaire pour les adultes que pour les enfants et les femmes enceintes, ils sont tout aussi nécessaires à la santé et au bien-être des individus. Le régime devrait donc les couvrir lorsque les effectifs dentaires seront en mesure de satisfaire la demande.

#### **e. — Les soins des ostéopathes**

L'ostéopathie est un système thérapeutique de la structure qui repose sur le principe que tout trouble ou dérangement dans la charpente osseuse peut être la cause la plus probable qui altère ou détériore la fonction et qui reconnaît la colonne vertébrale comme la clef de la posture dynamique. (...) Contrairement à la chiropraxie, l'ostéopathie ne se dissocie pas de la médecine traditionnelle. Elle ne prétend pas se substituer à elle, mais elle soumet qu'elle y ajoute quelque chose de bénéfique qui est le traitement par manipulation quand les méthodes usuelles de l'étiologie médicale ne donnent pas les résultats qu'on en désire<sup>1</sup>.

Ces types de soins, qui ne se dissocient pas de la médecine traditionnelle, devraient donc être couverts par le régime au même titre

1. *L'ostéopathie*, Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie, juillet 1965, p. 60.

que les autres soins médicaux. Toutefois, il n'existe présentement aucun contrôle de l'exercice de l'ostéopathie. Il est donc essentiel que cette situation soit corrigée avant que les soins dispensés par les ostéopathes puissent être couverts. Comme aucun fait nouveau n'a été soumis à notre Commission relativement à l'ostéopathie, il importe que les recommandations relatives à l'ostéopathie (Commission Lacroix) soient appliquées. Bien que notre Commission ne désire en aucune façon formuler des recommandations qui pourraient être interprétées comme modifiant la substance des recommandations de la Commission Lacroix, ces dernières doivent, à notre avis, s'insérer dans la perspective plus générale du mandat qui nous a été confié.

Nous croyons, dans cette optique, qu'au lieu d'adopter une loi particulière sur l'ostéopathie et d'en confier l'application à une commission, comme le recommandait la Commission Lacroix, il serait préférable, vu le nombre restreint d'ostéopathes qualifiés au Québec, que le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec soit chargé de mettre en application les recommandations du rapport Lacroix sur l'ostéopathie. L'ostéopathie deviendrait ainsi un domaine de la médecine au même titre que tous les autres et on éviterait la formation d'une nouvelle corporation avec toutes les difficultés qui pourraient dans l'avenir en résulter.

Cette position signifie, évidemment, que les modifications recommandées par notre Commission relativement à l'exigence de la citoyenneté canadienne pour être admis à la pratique de la médecine s'appliqueraient également aux ostéopathes<sup>1</sup> et que l'emploi du titre de « docteur » ne leur serait pas interdit.

Enfin, les soins dispensés par un ostéopathe seraient couverts par le régime, dès son admission à l'exercice par le Collège des médecins et chirurgiens, au même titre et selon les mêmes modalités que tous les autres soins médicaux. Même si nous avons traité de la couverture des soins ostéopathiques dans le cadre de l'extension de la couverture du régime, l'acceptation de la recommandation de la Commission pourrait avoir comme résultat que ces soins soient couverts dès le début du régime.

#### **f. — Les traitements des chiropraticiens**

Le jugement porté par la Commission Lacroix sur la chiropraxie est très explicite et situe la question de la chiropraxie en regard de l'assurance-maladie :

Cette technique a été malheureusement exploitée par des personnes sans scrupule qui, de leur côté, lui ont attribué des vertus que même ses premiers protagonistes ne lui reconnaissaient pas, et ont ainsi apporté méfiance et discrédit, non seulement à la doctrine mais aussi à la technique elle-même.

---

1. Voir volume II, *Les médecins internes et résidents*, p. 58.

Par ailleurs, devant les résultats indéniables que cette technique de traitements par manipulation vertébrale produisait, lorsqu'elle était appliquée ou utilisée par des non-médecins et ce, sur un nombre impressionnant de patients, la médecine traditionnelle, après plusieurs années durant lesquelles elle avait ignoré et nié la valeur de cette thérapeutique ou de cette technique, a reconnu, mais assez récemment tout de même, ses avantages et l'a intégrée non pas comme spécialité, mais comme traitement dans la médecine hospitalière, spécialement dans la médecine physique.

Après avoir, en somme, refusé la technique parce qu'on répudiait la doctrine, on a accepté la technique mais avec des réserves tout de même quant à son utilisation.

Il faut d'ailleurs rejeter sans réserve ce concept qu'on a, peut-être à dessein, peut-être par ignorance, attaché à la manipulation utilisée par le chiropraticien et qui en fait un remède prétendu universel contre tous les maux<sup>1</sup>.

Il ne fait plus aucun doute que la couverture du régime devra éventuellement s'étendre aux traitements par manipulation vertébrale effectués par les chiropraticiens. Toutefois, il est essentiel de prendre, au préalable, les mesures nécessaires à la réglementation et au contrôle de l'exercice et de l'usage de cette technique thérapeutique.

Notre Commission croit donc qu'il est nécessaire que le gouvernement donne suite aux recommandations de la Commission Lacroix, non pas uniquement en regard de l'assurance-maladie, mais aussi pour toutes les raisons clairement indiquées dans ce rapport. L'on ne saurait ignorer, en effet, « le danger sérieux que peut comporter la manipulation mal indiquée de la colonne vertébrale<sup>2</sup> ». Étant donné qu'aucune donnée nouvelle ayant trait au mandat de la Commission Lacroix n'a été portée à la connaissance de notre Commission, à notre avis les recommandations de ce rapport devraient être appliquées intégralement; la seule exception consisterait en l'élimination, pour l'admission à l'exercice, de l'exigence de la citoyenneté canadienne, qui n'a rien à voir aux critères qui servent à établir la compétence professionnelle. Enfin, il est possible que les recommandations que nous formulerons dans un rapport ultérieur, relativement aux structures administratives, professionnelles et consultatives dans le domaine de la santé, ne concordent pas entièrement avec la recommandation du rapport Lacroix concernant la formation d'une commission pour l'application de la loi sur la chiropraxie. Cette possibilité ne constitue cependant pas, à notre avis, une raison pour retarder la mise en application des recommandations du rapport Lacroix.

Une fois sanctionnée la loi sur la chiropraxie et stabilisée la structure de la profession, les traitements par manipulation vertébrale effectués par les chiropraticiens pourront être couverts selon les critères énoncés relativement aux étapes de l'extension de la couverture du régime.

---

1. *La chiropraxie*, Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie, juillet 1965, p. 110.

2. *Id.*, p. 111.



#### **g. — Les prothèses**

Outre les divers types de soins, de médicaments et de traitements, les prothèses remplissent un rôle de plus en plus important dans la compensation des déficiences de l'organisme et en tant que mécanismes de réadaptation. Le perfectionnement des divers types de prothèses, toujours plus raffinées et plus fonctionnelles, illustre bien les progrès réalisés dans cet autre secteur particulier de la santé et du bien-être.

Toutefois, l'amélioration constante des diverses prothèses et la création de nouveaux types s'accompagnent généralement de prix plus élevés, de sorte que, bien souvent, les malades n'ont pas les moyens de se les offrir. Étant donné leur importance, le régime devra graduellement les couvrir dans le cadre de l'extension de la couverture. Par conséquent, en plus des lunettes, il sera nécessaire d'intégrer progressivement les prothèses destinées à la réadaptation physique, les prothèses auditives et les autres.

Ici, la Commission désire souligner le rôle très humain que remplissent nombre d'organismes bénévoles et sociaux en aidant les personnes qui n'en ont pas les moyens à se procurer les prothèses dont elles ont besoin.

#### **h. — Autres éléments de la couverture**

Tout comme par le passé, l'évolution des techniques de dépistage, de prévention, de thérapie et de réadaptation continuera de modifier, dans l'avenir, l'importance relative des divers soins et services. Cette évolution nécessitera, sans aucun doute, une adaptation périodique des modalités de la couverture du régime d'assurance-maladie aux conditions nouvelles et, par conséquent, des modifications des étapes de l'extension de la couverture.

Dans ce contexte, la Commission constate que les transformations profondes et rapides des dernières années dans le domaine de la psychiatrie ont singulièrement élargi la couverture des soins psychiatriques. En effet, il est de plus en plus nécessaire de recourir, dans ce domaine, à des équipes multidisciplinaires composées à la fois de professionnels médecins et de professionnels non médecins, tels que les psychologues cliniciens et les travailleurs sociaux professionnels. Les modalités de la couverture du régime d'assurance-maladie et les étapes de son extension devront tenir compte de cette réalité nouvelle. Aussi, la Commission étudie-t-elle présentement cette question afin d'en traiter dans un rapport ultérieur, le temps à sa disposition ne lui ayant pas permis d'en examiner à loisir les multiples facettes.

Enfin, la Commission croit nécessaire de rappeler que le présent rapport n'aborde pas de façon particulière les aspects de l'hygiène et de la prévention.

## LES ÉTAPES DE L'EXTENSION DE LA COUVERTURE

Le programme d'extension de la couverture du régime d'assurance-maladie recommandé par la Commission met en relief les problèmes à résoudre au préalable.

Outre ces problèmes parfois assez complexes qui, dans certains cas, ne pourront être résolus que graduellement, l'on ne saurait ignorer l'augmentation du coût du régime qu'entraînera l'extension de la couverture.

Pour ces raisons, la Commission ne saurait recommander un échéancier rigide des étapes de l'extension de la couverture du régime. La Commission a cru préférable de ne dresser qu'un ordre de préférence des étapes de l'extension de la couverture, et d'insister fortement, par contre, sur la nécessité de tout mettre en œuvre pour que ces étapes soient franchies aussi rapidement que possible.

### Recommandations

La Commission recommande :

*I. 18. QUE la couverture du régime s'applique progressivement, à mesure que les conditions et les ressources financières le permettront :*

- a) *aux soins dentaires aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 18 ans;*
- b) *aux examens de la vue effectués par les optométristes et aux lunettes;*
- c) *aux médicaments prescrits dans les cas de maladies de courte durée et que des frais modérateurs suffisamment élevés soient imposés pour prévenir une consommation abusive de médicaments;*
- d) *aux soins dentaires aux adultes;*
- e) *aux soins des ostéopathes dès que les recommandations de la Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie auront été mises en application par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec en ce qui a trait à l'ostéopathie;*
- f) *aux traitements par manipulation vertébrale effectués par les chiropraticiens lorsque les mesures nécessaires à la réglementation et au contrôle de l'usage de cette technique auront été prises et que, à cette fin, les recommandations sur la chiropraxie*

*de la Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie soient appliquées intégralement; et*

*g) aux prothèses.*

*I. 19. QUE la couverture du régime s'applique aux examens de la vue et aux lunettes conformément aux dispositions suivantes :*

- a) que des normes relatives à l'orientation obligatoire des cas pathologiques vers le médecin soient établies par le ministère de la Santé en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens et le Collège des optométristes de la province de Québec;*
- b) que seul l'ophtalmologiste puisse prescrire des verres de contact et que l'organisme chargé de l'administration du régime décide l'admissibilité au paiement de la prestation;*
- c) que l'ajustement des verres de contact soit effectué par les optométristes, les opticiens d'ordonnances et les techniciens dont la compétence est conforme aux normes établies par un comité formé par le Collège des médecins et chirurgiens, en collaboration avec le Collège des optométristes et la Corporation des opticiens d'ordonnances;*
- d) que ce comité dresse une liste des personnes jugées compétentes pour effectuer l'ajustement des verres de contact et la tienne à jour;*
- e) que la vente de lunettes par l'ophtalmologiste soit prohibée;*
- f) que toute mesure tendant à permettre à l'optométriste de se retirer graduellement de la vente des lunettes soit encouragée;*
- g) que toute personne qui désire une monture plus dispendieuse que celles que le régime couvrira soit tenue de payer la différence;*
- h) que le paiement d'un montant égal au tiers du coût soit exigé pour le remplacement de lunettes perdues ou brisées; et*
- i) qu'un comité formé d'ophtalmologistes, d'optométristes et d'opticiens d'ordonnances établisse pour chaque catégorie d'individus la fréquence des changements admissibles de lunettes.*

#### D. — L'assistance-maladie

Depuis avril 1966, les bénéficiaires d'assistance sociale et leurs familles sont protégés contre les frais des soins médicaux et chirurgicaux et des examens diagnostiques effectués dans les consultations externes des hôpitaux. En établissant la couverture initiale de l'assistance-maladie, on a voulu tenir compte des problèmes particuliers auxquels fait face le secteur le plus défavorisé de la population. En effet, il s'agit de personnes pour lesquelles les plus grands efforts doivent être déployés pour hausser le niveau général de l'état de santé et dont les ressources financières sont les plus limitées. Également, dans la mesure où la maladie est une cause de pauvreté, les efforts consacrés à l'endroit de cette couche de la population entraînent les rendements les plus élevés sur les plans social et économique.

Exception faite des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée, la couverture initiale du régime d'assurance-maladie recommandé par la Commission n'ajoutera pas à la protection des assistés sociaux, puisque les éléments de cette couverture sont les mêmes que ceux du régime d'assistance médicale. La situation particulière de ce secteur de la population exige que l'extension de la couverture recommandée dans le cadre du régime d'assurance-maladie se fasse à un rythme plus accéléré à l'égard des assistés sociaux et selon des impératifs axés davantage sur leurs ressources financières limitées.

Compte tenu de ces considérations, l'ordre de préséance de l'extension de la couverture qui apparaît le plus justifiable est le suivant : les médicaments prescrits, les soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans et aux femmes enceintes, les examens de la vue et les lunettes, les prothèses, les soins dentaires aux adultes et les traitements par manipulation vertébrale effectués par les chiropraticiens.

L'extension de la couverture à l'endroit des assistés sociaux devrait, pour les mêmes raisons que pour l'assurance-maladie, s'effectuer au sein d'un régime unique d'assistance-maladie dont le cadre serait le régime d'assistance médicale présentement en vigueur. Évidemment, au fur et à mesure que les divers soins deviendront couverts par le régime d'assurance-maladie, les assistés sociaux cesseront d'être protégés à l'égard de ces soins par le régime d'assistance-maladie pour l'être désormais par le même régime que les autres secteurs de la population. Ce principe a d'ailleurs été consacré lors de l'établissement du régime de soins hospitaliers dans la dispensation des soins aux « malades de salles ». Enfin, il semble nécessaire d'insister sur le fait que le régime d'assurance-maladie ne devrait couvrir que les soins inclus, au préalable, dans la couverture du régime d'assistance-maladie. Comme le démontre l'expérience du régime d'assistance

médicale, une telle politique permet de résoudre, sans pression trop grande, une multitude de problèmes relatifs à la négociation, à l'administration, à la consultation, à l'établissement de contrôles appropriés, aux effectifs et à l'évaluation des résultats par rapport aux prévisions.

### **Les médicaments prescrits**

La couverture de l'ensemble des médicaments prescrits, comme première étape de l'extension de l'assistance-maladie, apparaît nécessaire pour de multiples raisons. Nous avons déjà mentionné que la détermination des étapes de cette extension devrait tenir compte davantage des ressources financières limitées des assistés sociaux. L'expérience du régime d'assistance médicale révèle que, dans plusieurs cas, les bénéficiaires du régime ne peuvent se procurer les médicaments prescrits. Cette situation a même incité certains médecins à réclamer des honoraires plus élevés, en ajoutant des visites fictives dans leurs relevés d'honoraires, afin de procurer à leurs clients les médicaments dont ils avaient besoin. Une telle pratique revêt à tout le moins un caractère fort discriminatoire.

Dans certaines villes, on a établi des systèmes pour la distribution de médicaments aux indigents et, dans certains cas, le gouvernement du Québec assume une partie des coûts. En plus de pratiquer une discrimination entre les indigents au Québec, ces formules semblent, à cause des moyens limités de contrôle qu'elles comportent, donner lieu à bien des abus et susciter du mécontentement.

Pour les raisons déjà exposées et, plus particulièrement à cause des abus qui résultent d'un régime qui ne protège qu'un secteur de la population — les bénéficiaires étant sollicités pour procurer des médicaments à leurs parents et amis — la Commission croit nécessaire que des frais modérateurs soient imposés, sauf évidemment dans les cas de maladies de longue durée. La Commission est bien consciente que cette recommandation touche des personnes dont les ressources financières sont limitées; elle croit, cependant, que de tels frais sont nécessaires, tout au moins pour prévenir les dangers d'une consommation abusive de médicaments.

Quant à la distribution des médicaments couverts par le régime, la Commission croit que, au début à tout le moins, elle devrait être effectuée par les pharmaciens d'officine, sauf lorsque le trop grand éloignement de ceux-ci rend les pharmaciens d'hôpitaux plus facilement accessibles. Les études portant sur le rôle des pharmaciens et le système de distribution des médicaments, lesquelles feront l'objet d'un rapport subséquent de la Commission, sont susceptibles de modifier cette recommandation.

### **Critères fondés sur les besoins**

Le régime d'assistance médicale comporte présentement un aspect qu'il faut analyser surtout dans la perspective de sa transformation en un régime d'assistance-maladie. Il s'agit du problème d'équité qui résulte de la définition du champ d'application, laquelle est basée par définition sur celles des lois d'assistance sociale concernées. Il ne semble pas équitable, en effet, d'accorder certaines prestations en nature aux bénéficiaires de ces lois et de les refuser à des personnes dont le revenu, qui provient généralement de leur travail, est égal ou à peine supérieur au montant des allocations. En outre, ceci équivaut, pratiquement, à pénaliser les assistés sociaux, en particulier les bénéficiaires de l'assistance sociale, qui acceptent de retourner au travail pour une rémunération à peine plus élevée que le montant des allocations qu'ils cessent alors de recevoir.

Ce problème d'équité ne peut être résolu que par l'adoption de critères basés sur les besoins plutôt que sur les revenus. Une telle façon d'aborder le problème est d'ailleurs conforme aux recommandations du Comité d'étude sur l'assistance publique (rapport Boucher) relatives à un régime unifié d'assistance sociale.

### **Amendements au régime d'assistance médicale**

L'analyse du régime d'assistance médicale dans sa forme actuelle suggère deux modifications :

a) par définition, cette mesure s'applique aux personnes pour lesquelles l'aide des lois d'assistance sociale est nécessaire; or, les enfants placés aux frais de l'État dans des foyers nourriciers, des garderies, des orphelinats, des crèches, des établissements spécialisés et des centres de rééducation ne sont pas couverts par ce régime. Pour cette raison et, principalement, parce qu'il y a fortement lieu de douter que ces enfants reçoivent présentement tous les soins dont ils ont besoin, le régime d'assistance médicale devrait être modifié de façon à les inclure. Au 31 mars 1966, le nombre de ces enfants protégés par la Loi de l'assistance publique et la Loi de la protection de la jeunesse s'élevait à environ 37,000;

b) nous l'avons mentionné plus haut, il n'y a pas lieu de faire de distinction, sur le plan de la couverture, selon qu'une intervention de chirurgie buccale est effectuée par un médecin chirurgien ou un dentiste spécialisé en la matière. Présentement, le régime ne s'applique qu'aux interventions effectuées par un médecin; cette situation devrait être corrigée selon des modalités analogues à celles que nous avons recommandées dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

L'importance de la première modification recommandée est telle que, selon la Commission, elle devrait être apportée avant l'établissement du régime d'assurance-maladie.

## Recommandations

La Commission recommande :

- I. 20. *QUE le régime d'assistance médicale soit transformé en un régime unifié d'assistance-maladie dont la couverture s'étendra plus rapidement que celle du régime d'assurance-maladie et selon l'ordre de préséance suivant :*
- a) *à l'ensemble des médicaments prescrits; et que des frais modérateurs soient imposés pour prévenir les dangers d'une consommation abusive;*
  - b) *aux soins dentaires aux enfants de moins de 18 ans et aux femmes enceintes;*
  - c) *aux examens de la vue effectués par les optométristes et aux lunettes;*
  - d) *aux prothèses;*
  - e) *aux soins dentaires aux adultes;*
  - f) *aux traitements par manipulation vertébrale effectués par les chiropraticiens.*
- I. 21. *QU'au fur et à mesure que les divers soins deviendront couverts par le régime d'assurance-maladie, les bénéficiaires de l'assistance-maladie cessent d'être protégés à l'égard de ces soins par leur régime particulier.*
- I. 22. *QUE soient couverts par le régime d'assurance-maladie les seuls soins inclus, au préalable, dans la couverture du régime d'assistance-maladie.*
- I. 23. *QUE les critères d'admissibilité au régime d'assistance-maladie soient basés sur les besoins plutôt que sur les revenus.*
- I. 24. *QUE les enfants placés aux frais de l'État dans des foyers nourriciers, des garderies, des orphelinats, des crèches, des établissements spécialisés et des centres de rééducation en vertu de la Loi de l'assistance publique ou de la Loi de la protection de la jeunesse soient inclus dans le champ d'application du régime.*
- I. 25. *QUE les interventions de chirurgie buccale soient couvertes par le régime si elles sont effectuées à l'hôpital par un médecin-chirurgien ou un dentiste spécialisé en chirurgie buccale.*

### 3. LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Au moment d'instaurer une mesure sociale visant une consommation et une distribution optimales des soins, il convient de s'interroger sur la disponibilité des ressources humaines compétentes dans la dispensation de ces soins. Les effectifs conditionnent la qualité des soins dispensés. Le succès de l'assurance-maladie dépend, dans une large mesure, du nombre de dispensateurs de soins, de leur localisation et de leur répartition, de leur compétence et des conditions dans lesquelles ils exercent leur profession.

La couverture initiale du régime d'assurance-maladie comprend les soins médicaux et les médicaments prescrits pour les maladies de longue durée. Les questions qui se posent sur le plan des effectifs doivent donc, à ce stade-ci, s'analyser par rapport à la profession médicale. La couverture initiale, en effet, est susceptible de ne soulever qu'un nombre restreint de problèmes particuliers aux effectifs de la pharmacie.

Étant donné la durée de la période de formation du médecin, il est nécessaire que la prévision des besoins reliés à ce secteur de l'activité professionnelle porte sur un bon nombre d'années. En longue période, on doit s'attendre à une évolution marquée de la science médicale à cause des applications nouvelles du progrès technique. Il faut donc considérer comme probable le développement de nouvelles disciplines et entrevoir des modifications dans les relations multidisciplinaires, les champs d'activité et les modes d'exercice de ces professions.

Bref, c'est uniquement sur une analyse attentive des possibilités nouvelles offertes par le progrès technologique et scientifique et des changements qui en résulteront dans l'exercice de la médecine que nous pourrons fonder l'évaluation de la productivité future du médecin. Chacun de ces éléments de l'analyse prospective des besoins fera l'objet d'une étude plus approfondie au cours des travaux ultérieurs de la Commission.

Dans le présent rapport, nous nous bornons à une brève revue des conclusions de certaines études qui ont porté sur l'évaluation des effectifs actuels de la médecine au Québec. Nous essayons d'apprécier cette situation en regard de l'avènement de l'assurance-maladie et nous indiquons ensuite, par rapport aux besoins futurs, la place du régime d'assurance-maladie parmi l'ensemble des facteurs influant à long terme sur la consommation médicale.

#### LA SITUATION GLOBALE DES EFFECTIFS MÉDICAUX

L'indice médecin/population est d'une utilité restreinte pour représenter la situation absolue des effectifs. C'est, cependant, la seule unité de mesure qui permette des comparaisons valables entre diverses



situations. Il nous semble, d'ailleurs, quasi impossible d'apprécier la situation globale des effectifs de la médecine au Québec, si ce n'est par référence à d'autres milieux. Les écarts observés entre les rapports médecin/population selon les pays et les continents<sup>1</sup> sont si grands qu'il est difficile d'obtenir une norme générale qui puisse s'appliquer à un milieu particulier.

Sous l'angle du rapport médecin/population, le Québec occupe le troisième rang parmi les provinces canadiennes<sup>2</sup>. Cette première constatation revêt une importance particulière au moment où l'on s'apprête à instaurer un régime d'assurance-maladie. Parmi les provinces canadiennes dont la proportion des personnes assurées contre les risques médicaux est la plus forte, il y en a deux, la Saskatchewan et l'Alberta, qui possèdent relativement moins de médecins que le Québec. La Colombie-Britannique a un rapport supérieur, alors que l'Ontario se situe à peu près au même niveau que le Québec. On constate également que le rapport médecin/population au Québec est légèrement supérieur à la moyenne canadienne. C'est dire que, dans l'ensemble, les difficultés soulevées par les effectifs médicaux, en regard de l'assurance-maladie, ne sont pas plus importantes au Québec qu'elles ne le sont en général dans le reste du pays.

Il convient ici de remarquer que la situation de la Saskatchewan s'est considérablement améliorée depuis l'établissement du régime universel d'assurance-maladie. De 1963 à 1966 inclusivement, le nombre de médecins s'est accru de 7.4 pour cent, alors que, de 1960 à 1963, l'augmentation avait été de 4.9 pour cent et, de 1957 à 1960, de 3.6 pour cent seulement<sup>3</sup>. Sauf dans de rares exceptions, les régimes d'assurance-maladie ont favorisé des ajustements rapides dans le nombre des médecins pour satisfaire la demande accrue de soins.

C'est à un nombre plus élevé de candidats aux études médicales que le Québec doit sa situation avantageuse au point de vue des effectifs médicaux. De 1951 à 1961, le Québec comptait en moyenne 6.5 étudiants en première année de médecine par 100,000 habitants, tandis que la moyenne canadienne s'établissait à 5.2<sup>4</sup>. À ce moment-là et jusqu'en 1965, la proportion des immigrants parmi les médecins détenant un permis était beaucoup plus faible au Québec que dans les autres provinces canadiennes<sup>5</sup>. Toutefois, depuis quelques années

1. *Annuaire des statistiques sanitaires mondiales, 1962*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1966, p. 124.
2. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, volume X, Effectifs médicaux, tableau II, p. 9 ; « On the Economics of Medicine », *Canadian Medical Association Journal*, 13 août 1966, vol. 95, No 7, p. 331 ; *Physicians' Register, Research and Statistics Directorate*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.
3. *Rapport annuel de la Commission d'assurance-maladie, Saskatchewan, 1966*, p. 30.
4. Stanislaw Judek : *Les effectifs médicaux du Canada*, étude préparée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1964, tableau 3-12, p. 73.
5. *Ibid.*

au Québec, le nombre de médecins étrangers, détenant ou non un permis d'exercice, a augmenté à un rythme plus rapide que le nombre total de médecins<sup>1</sup>.

Si l'on examine maintenant le nombre des médecins praticiens, le Québec n'est pas aussi bien favorisé. En 1965, 69.9 pour cent des médecins québécois exerçaient activement la médecine, tandis qu'au Canada la proportion moyenne était de 73.4<sup>2</sup>. N'étaient pas classés parmi les praticiens les médecins qui se consacrent à l'enseignement et à la recherche, ceux qui œuvrent dans les services de santé publique et ceux qui travaillent dans le secteur de la médecine industrielle ou dans des occupations autres que la médecine. À l'exception du personnel de recherche et d'enseignement, ces effectifs médicaux représentent un potentiel additionnel qui pourrait augmenter rapidement le nombre des praticiens dans des circonstances où la demande de soins s'accroîtrait sur une courte période. L'établissement du régime d'assistance médicale au Québec a, semble-t-il, ramené à l'exercice un certain nombre de médecins de famille. Cette expérience nous incite à penser que, lorsque le régime général d'assurance-maladie sera instauré, à peu près 75 pour cent des médecins seront en exercice. Il est intéressant de remarquer que les médecins qui reviendront à l'exercice se recruteront surtout parmi les omnipraticiens. Ceux-ci constituent, en effet, le groupe de médecins le plus directement touché par un accroissement subit de la demande de soins.

Voilà brièvement résumées les observations que nous croyons pertinentes afin d'évaluer la situation globale du Québec par rapport à ses effectifs médicaux. La Commission est d'avis que cette situation permet d'envisager avec optimisme l'établissement au Québec d'un régime universel d'assurance-maladie. Même si les médecins seront soumis à une certaine pression, elle croit qu'ils pourront satisfaire la demande additionnelle de soins et de services occasionnée par l'assurance-maladie. Cependant, la Commission se doit d'affirmer que les médecins ne devront pas compter sur les internes et les résidents pour les alléger de ce fardeau additionnel, puisque ceux-ci effectuent déjà trop de travail par rapport aux exigences de leur formation.

#### LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS

La situation globale des effectifs médicaux au Québec voile des inégalités importantes dans leur répartition géographique, qui peuvent rendre difficile l'application d'une politique qui permettrait à l'ensemble des populations urbaines et rurales de recevoir les soins dont elles auraient besoin.

1. Voir volume II de notre rapport, pp. 19-21.

2. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, *op. cit.*, tableau III, p. 11.

La concentration des médecins dans les milieux urbains dépasse le niveau de concentration urbaine de la population québécoise. Comme ce phénomène est associé à l'évolution de la technologie médicale et de l'exercice de la médecine, il faut s'attendre à ce qu'il persiste encore dans l'avenir. Au Québec, en 1962, les villes de 10,000 habitants et moins comptaient seulement 12 pour cent des médecins praticiens <sup>1</sup>, alors qu'elles groupaient 37 pour cent de la population. On a remarqué, également, que 96 pour cent des médecins immigrés établis au Québec se trouvaient dans des centres urbains de 10,000 habitants et plus. C'est donc dire que jusqu'à maintenant l'immigration ne corrige pas la répartition inégale des effectifs médicaux.

Alors qu'en 1964 les régions métropolitaines de Montréal et de Québec comptaient respectivement 607 et 457 personnes par médecin, les rapports étaient nettement plus bas dans les régions de la Gaspésie, de l'Abitibi et de la Côte-Nord ; en effet, ces régions comptaient environ 2,000 personnes par médecin <sup>2</sup>. De même, lorsqu'on exclut les villes de Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières des territoires régionaux dont elles font partie, on trouve un rapport inférieur à 1 médecin pour 1,600 habitants.

Lorsqu'on applique cette méthode des rapports aux omnipraticiens, on constate que les inégalités sont moins fortes, à l'exception, toutefois, des régions excentriques et des régions rurales qui ont un pressant besoin de médecins.

La spécialisation de plus en plus poussée de la médecine, l'introduction du travail d'équipe, l'utilisation croissante de techniques modernes pour fins d'examen et de diagnostic sont autant d'éléments qui continueront à éloigner le médecin des régions défavorisées et à le rapprocher de l'hôpital et de la faculté universitaire où il a reçu sa formation et où se trouvent, en plus du capital technique, le personnel spécialisé et les autres travailleurs de la santé. Dans l'hypothèse où l'on voudrait contrecarrer cette tendance afin d'assurer à tous les milieux un personnel médical de dimension comparable, il faudrait opter pour une certaine forme de mobilisation de nos ressources médicales. De l'avis de la Commission, le rapport médecin/population observé dans les régions les plus favorisées ne peut pas être retenu comme un objectif à atteindre dans tous les milieux géographiques de la province. Au fur et à mesure que l'exercice de la médecine atteint à une spécialisation plus poussée, la nature, la diversité et l'étendue des soins médicaux dispensés par les différentes catégories de médecins correspondent à une demande plus spécifique et plus spécialisée. Cette demande ne saurait être homogène dans un territoire caractérisé par de faibles densités de population. Et comme il

1. Stanislaw Judek, *op. cit.*, tableau 4-22, p. 136.

2. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, *op. cit.*, tableau IV, p. 12.

existe des complémentarités nécessaires entre les diverses spécialités de la médecine, il est devenu impossible de considérer la localisation des effectifs indépendamment de la répartition des médecins entre les diverses spécialités d'une part, et la médecine générale d'autre part.

Bien entendu, il est encore possible d'améliorer sensiblement la distribution géographique des médecins. L'organisation des services hospitaliers sur une base régionale pourrait certainement y contribuer. En outre, l'exercice en groupe, ou une meilleure organisation des modes de distribution des soins dans les milieux ruraux, améliorerait les conditions d'exercice de la médecine générale et permettrait d'y attirer un personnel plus nombreux.

#### LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS ENTRE OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES

En 1965, les effectifs médicaux du Québec se répartissaient de la façon suivante : 29 pour cent des médecins inscrits au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec étaient des omnipraticiens, 43 pour cent des spécialistes et 17.2 pour cent classés comme résidents<sup>1</sup>.

D'après le mémoire soumis à notre Commission par la Fédération des omnipraticiens, la proportion des omnipraticiens par rapport à l'ensemble des effectifs du Québec en 1962 était la moins élevée au Canada. L'augmentation continue du nombre des spécialistes médicaux est un phénomène nord-américain. Selon des statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé, les États-Unis possédaient en 1962 une proportion de 31 pour cent d'omnipraticiens, tandis que, dans beaucoup de pays d'Europe, dont la France, l'Allemagne et la Suède, les omnipraticiens représentaient encore plus de 50 pour cent des effectifs médicaux.

La diminution des omnipraticiens dans l'ensemble des effectifs médicaux est susceptible de soulever des problèmes majeurs dans le système de dispensation des soins. S'il est possible de différencier la nature des soins médicaux dispensés par les médecins de première ligne et par les spécialistes et si l'on croit nécessaire de prévoir pour les deux catégories des types différents de formation, il importe que la division des effectifs corresponde à la structure de la demande de soins. Le nombre de plus en plus important de spécialistes peut-il s'expliquer exclusivement par une demande proportionnelle des services qui relèvent de leur compétence propre ou, au contraire, tient-il à d'autres facteurs ?

Nous savons que plus de 95 pour cent des médecins spécialistes du Québec exercent dans les centres urbains de 10,000 habitants et

---

1. Mémoire de la Fédération des omnipraticiens à notre Commission, 1967, p. 78.

plus<sup>1</sup>. C'est presque uniquement dans ces mêmes centres que l'on trouve les résidents en stage de formation. Nous avons fait remarquer plus haut que les régions métropolitaines possèdent des équipements hospitaliers plus complexes permettant d'élargir leur vocation médicale. Cependant, la rareté des médecins de famille dans les centres importants semble indiquer qu'à l'heure actuelle une bonne partie des soins de première ligne y sont dispensés par des spécialistes ou des résidents.

La Commission est catégorique dans son volume II sur ce point : il n'est pas souhaitable que les médecins actuellement aux études soient appelés à combler les rangs de la médecine de première ligne. De plus, à mesure qu'une partie plus importante de la médecine de première ligne est transférée du cabinet aux cliniques des hôpitaux, il devient urgent que le médecin de famille y ait accès et qu'il soit intégré au milieu hospitalier au même titre que le spécialiste.

Dans l'hypothèse où le spécialiste comble l'insuffisance des omnipraticiens, il faut alors se rendre compte que les études médicales plus longues auxquelles il est astreint constituent un « surinvestissement ». Cette remarque ne signifie pas, cependant, qu'il n'y ait rien à redire à la formation du médecin de famille. Il semble que le rythme extrêmement rapide de l'évolution des techniques médicales exigera, tôt ou tard, une redéfinition des rôles du spécialiste et du médecin de famille.

#### LES EFFECTIFS FUTURS

La projection du nombre de médecins qui exerceront au Québec pendant la période comprise entre 1966 et 1986 permet d'entrevoir une amélioration sensible du rapport médecin/population jusqu'en 1981<sup>2</sup>. On prévoit qu'il y aura 758 personnes par médecin en 1981, par rapport à 813 en 1966, et à 760 en 1986. Cette estimation se base sur le nombre d'élèves que nos facultés de médecine peuvent actuellement recevoir, y compris la nouvelle faculté de l'Université de Sherbrooke. Elle tient compte du taux de perte observé dans le passé et réduit le niveau de l'immigration par rapport à la tendance manifestée récemment. Il s'agit là d'une projection de longue période sur laquelle auront peu d'effet les nouvelles conditions d'admission à l'exercice et l'abolition de la disposition relative à la citoyenneté, que la Commission a recommandées au volume II de son rapport<sup>3</sup>. La première modification pourra avoir un effet immédiat et négatif sur l'immigration des médecins, tandis que la seconde est de nature à

1. Stanislaw Judek, *op. cit.*, tableau 4-36, p. 168.

2. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, *op. cit.*, tableau XI, p. 38.

3. Voir volume II, p. 59.

favoriser l'immigration mais ne produira son effet qu'un peu plus tard. Par contre, la projection des effectifs médicaux pourra être influencée par l'instauration de l'assurance-maladie, si celle-ci amène, comme dans la plupart des autres pays, un taux de croissance un peu plus rapide du nombre de médecins pendant les premières années qui suivront son entrée en vigueur.

Après avoir constaté l'amélioration progressive du rapport médecin/population au cours des quinze prochaines années, il faut se demander jusqu'à quel point elle correspondra aux besoins réels de la société de demain en effectifs médicaux. Si l'on utilise le seul rapport médecin/population, la réponse à cette question demeure très difficile, car cette mesure ne peut pas devenir une norme qui préciserait le degré et la nature des besoins en effectifs médicaux. Il est clair, en effet, qu'il ne peut exister un rapport « idéal » susceptible de se maintenir dans le temps. Cela supposerait que la demande individuelle de soins et la productivité du médecin demeurent constantes ou, encore, que les variations dans la productivité compensent toujours les variations dans la demande de soins.

#### LA DEMANDE DE SOINS MÉDICAUX

Si l'assurance-maladie atteint les objectifs visés, c'est graduellement et, surtout, sur une longue période que se manifesterait un accroissement important de la consommation des soins médicaux. Un niveau de protection accrue, l'accroissement relatif de la population jeune et âgée et l'élévation du niveau de vie et du niveau d'éducation d'un public de mieux en mieux informé des nécessités médicales sont autant de facteurs déterminants dans la hausse de la demande. De la même manière, l'éventail des services offerts exerce une influence sur le niveau de consommation. La découverte de nouvelles thérapeutiques et l'extension de l'information médicale abaissent le seuil au-delà duquel on consulte le médecin. Au Canada, pendant la période comprise entre 1957 et 1961, on a constaté une hausse annuelle moyenne de 9 pour cent dans la consommation par citoyen des soins médicaux et, cela, à prix constants<sup>1</sup>.

Mise à part la surconsommation qu'elle peut produire en très courte période, l'assurance-maladie est un facteur négligeable, parmi ceux que nous venons de mentionner, si elle est considérée isolément. Cependant, elle peut, par ses effets secondaires et par les objectifs qu'elle vise, accroître l'importance des facteurs démographiques, techniques et économiques qui favorisent la demande et contribuer à développer des attitudes nouvelles et plus positives en face du bien

1. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, volume I, p. 443.

de la santé. Ainsi, l'assurance-maladie peut, à long terme, déterminer un élargissement de la notion de besoin en soins médicaux pour l'ensemble de la population.

Puisque le régime sera accompagné d'une action portant sur les mécanismes de distribution des services, l'accessibilité des services au niveau des régions éloignées des grands centres nécessitera une accélération dans le développement des équipements. Nous retrouvons, alors, l'effet d'un élargissement de l'offre de services sur le niveau de la demande.

Bref, avec l'instauration de l'assurance-maladie, les facteurs inhérents à l'évolution démographique et technique qui ont contribué, dans le passé, à une hausse importante de la consommation médicale vont, sans aucun doute, continuer à exercer une influence dans les années à venir.

### LE RENDEMENT DU MÉDECIN

La hausse de la demande individuelle de soins, à prix constants, nécessitera une augmentation proportionnelle des effectifs médicaux seulement si le rendement du médecin et la technique n'accusent aucun progrès.

Les progrès continus que la science et la technologie médicales ont connus dans le passé et les possibilités nouvelles qu'elles offrent dans l'avenir constituent les garants d'un rendement supérieur de l'exercice de la médecine.

Toutefois, la qualité accrue de la médecine ne se traduit pas nécessairement par une économie de temps pour le médecin et par une économie des effectifs médicaux. En même temps qu'elle rend plus efficace un traitement et qu'elle hâte le processus de guérison, la médecine découvre de nouvelles possibilités de guérison pour des maladies qui, faute de remèdes, recevaient peu d'attention. Ainsi, le progrès médical se traduit aussi souvent par une amélioration de la qualité des soins que par un accroissement de la quantité de soins que peut dispenser le médecin.

En résumé, malgré les perspectives insoupçonnées qu'ouvrent les progrès de la science et de la technique médicales, il faut prévoir, à long terme, une augmentation des besoins en effectifs médicaux. Il est évident que la durée des études, les exigences de la haute spécialisation et les impératifs de l'enseignement continu empêcheront toujours le personnel médical de suivre étroitement, dans sa progression, les variations de la demande. Aussi est-il essentiel de bien planifier le recrutement et les ressources universitaires qui permettront d'améliorer progressivement nos effectifs.

## LE PERSONNEL D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Si, avec le temps, le nombre de médecins praticiens, par rapport à la population, doit augmenter, cette hypothèse implique un besoin croissant de personnel enseignant et de personnel de recherche à qui revient la responsabilité de la qualité de l'enseignement. Sur ce point, la province de Québec doit combler une insuffisance très marquée.

Au cours de l'année 1966-1967, il y avait 1,442 étudiants en médecine dans les trois facultés de Laval, de McGill et de Montréal, et l'on y comptait 433 professeurs à plein temps se partageant également entre les sciences cliniques et fondamentales<sup>1</sup>. Selon la même source de renseignements, l'université Laval, dont le nombre d'étudiants était à peu près équivalent, comptait deux fois moins de professeurs à plein temps que les facultés de McGill et de Montréal. En tenant compte des rapports professeur/étudiants relevés dans les facultés nord-américaines, il faudra, en longue période, accroître du double le nombre de chercheurs et d'enseignants dans le domaine médical.

## L'ASSURANCE-MALADIE ET LA QUALITÉ DES SOINS

S'il est vrai que la mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie entraîne une augmentation de la demande de soins et, partant, plus de pression sur les effectifs actuels dans le domaine de la santé, il est également vrai qu'un tel régime permet d'exercer sur l'activité des professionnels de la santé et, partant, sur la qualité des soins, des contrôles beaucoup plus rationnels.

Un problème majeur que pose la qualité des soins vient de ce qu'il n'en existe pas de définition objective. Tous les auteurs qui ont étudié cette question reconnaissent la difficulté d'élaborer une définition précise du concept de qualité. En dépit du développement de la science, plusieurs facteurs subjectifs et des incertitudes sur l'étiologie de la maladie et sur la nature de la thérapie ne permettent pas une standardisation complète des soins.

De plus, l'opinion du public sur la qualité des soins est probablement plus influencée par la façon dont les soins sont disponibles que par la compétence technique et scientifique du médecin. La personnalité, la réputation dans le milieu, les tarifs, la diligence, la disponibilité, l'accès à l'hôpital sont autant de facteurs qui contribuent à une activité débordante et qui, parfois, peuvent dissimuler certaines déficiences techniques ou scientifiques du médecin. Il demeure souvent difficile pour le malade de juger de la qualité des soins qu'il reçoit.

---

1. Mémoire du Comité des doyens des facultés de médecine à notre Commission, 1967, p. 52.



On a déjà défini la qualité des soins comme « l'excellence de l'ensemble des moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade ». De cette définition il ressort que deux facteurs principaux influencent la qualité des soins :

- a) la compétence technique et scientifique du médecin ou de tout autre professionnel de la santé; et
- b) la manière avec laquelle cette compétence s'exerce auprès du public.

La compétence technique et scientifique du médecin ou de tout autre professionnel de la santé qui dispensent les soins constitue certes le facteur essentiel à la qualité des soins. L'assurance-maladie ne saurait, à ce niveau, mettre en danger la qualité des soins. Quant à la manière dont cette compétence s'exerce, l'assurance-maladie se veut un moyen spécifique de l'améliorer.

Un seul élément de l'assurance-maladie est d'ailleurs mis en cause lorsqu'on appréhende la détérioration possible des soins : c'est celui de la disponibilité du médecin. Il soulève automatiquement le problème des effectifs médicaux que nous avons analysé auparavant.

La Commission ne met pas en doute que la disponibilité du médecin soit un élément important de la qualité des soins dispensés. Le médecin doit avoir le temps de voir et d'examiner le malade en vue de poser un diagnostic exact et de déterminer le traitement approprié. De plus, il doit disposer du temps nécessaire pour l'étude et l'acquisition des nouvelles connaissances dont il a besoin. C'est pourquoi, la Commission a voulu porter une attention particulière à l'analyse des effectifs médicaux en regard de l'assurance-maladie.

\*

Les considérations qui précèdent nous amènent à conclure que la distribution géographique et la répartition des effectifs entre médecins spécialistes, omnipraticiens et enseignants au Québec sont loin d'être satisfaisantes.

Assurée, toutefois, que la profession médicale est capable de répondre à une augmentation de la demande de consommation, la Commission est d'avis que ces problèmes relatifs aux effectifs médicaux ne sont pas un obstacle à l'établissement du régime québécois d'assurance-maladie. Au contraire, la Commission est persuadée que, par la pression qu'elle créera sur les effectifs et par le rôle de planification et de rationalisation des investissements qu'elle jouera dans le secteur de la santé, l'assurance-maladie facilitera la mise en œuvre des solutions à long terme qui s'imposent dans l'orientation des futurs médecins vers un type d'exercice adapté aux besoins de la population.

Même à court terme, l'assurance-maladie, qui donne lieu à la négociation des conditions de travail et de rémunération, ouvre la voie

à des solutions partielles ou temporaires des problèmes de recrutement dans les régions dépourvues et des anomalies causées par la rareté des omnipraticiens.

Pour des raisons analogues, la Commission ne saurait reconnaître le bien-fondé de la crainte manifestée par certains des organismes qu'elle a entendus, qui déclaraient que l'instauration au Québec d'un régime universel d'assurance-maladie engendrerait à plus ou moins courte échéance une détérioration de la qualité des soins.

#### **4. LE FINANCEMENT ET LE COÛT**

Avant de discuter les modalités de financement de l'assurance-maladie, il est nécessaire d'exposer les principes essentiels sur lesquels les fonder. En premier lieu, il faut reconnaître que ces modalités ne peuvent s'élaborer à partir des principes traditionnels dont s'inspirent les assurances privées. Ces dernières ne peuvent s'éloigner que très peu du principe de l'équivalence individuelle entre les cotisations ou primes et les prestations. L'assurance-maladie étant avant tout une mesure de sécurité sociale, la transposition du principe de l'équivalence individuelle ne saurait permettre la solidarisation des risques sociaux entre l'ensemble des membres de la collectivité. Les principes régulateurs des modalités de financement de l'assurance-maladie découlent donc des impératifs de la sécurité sociale.

En plus de favoriser une allocations rationnelle des ressources financières de l'État entre les divers secteurs de la santé et du bien-être social, ces principes doivent enfin reconnaître la nature particulière des risques couverts par l'assurance-maladie, en ce sens que le régime veut protéger la santé des citoyens dont l'importance est à la fois individuelle et sociale.

Nous avons déjà établi que la santé procure à l'individu des satisfactions indéniables, tout comme elle procure à la collectivité des avantages immenses puisque celle-ci dépend, dans son existence et son fonctionnement, de l'état de santé de ses membres.

##### **LES PRINCIPES DIRECTEURS DU FINANCEMENT**

La Commission a identifié un certain nombre de principes directeurs relatifs au financement de l'assurance-maladie. Voici de quelle manière elle les conçoit.

a) Afin de reconnaître que la santé se situe sur les plans individuel et social, le coût de l'assurance-maladie doit être réparti entre les membres de la collectivité en tant qu'individus et l'État en tant que représentant de la collectivité.

Un système de cotisations individuelles rendrait, en outre, la population plus consciente du coût des soins qu'elle consomme et plus rationnelles les décisions à prendre relativement aux ressources financières consacrées au régime.

b) Afin que les cotisations équitables ne pèsent pas trop lourdement sur l'ensemble des travailleurs, elles doivent avoir un caractère progressif et être adaptées aux ressources individuelles et familiales.

c) Afin de reconnaître que le degré d'importance individuelle ou sociale varie selon les divers soins et services, la partie du coût assumée par les membres de la collectivité, en tant qu'individus, peut varier selon le type de soins ou de services, jusqu'à devenir nulle dans certains cas.

d) Afin de favoriser la planification et l'organisation rationnelle de la distribution des soins, l'État doit assumer une partie du coût de l'assurance-maladie.

## LE SYSTÈME FINANCIER

Relativement au financement du régime, il apparaît nécessaire, en premier lieu, d'analyser brièvement, parmi l'éventail des possibilités, celles qui constituent les trois principaux points de repère :

- un système financier intégral, soit à partir des revenus généraux de l'État, soit à partir du revenu personnel;

- un système financier mixte à partir des revenus généraux de l'État et des primes de type traditionnel;

- un système financier mixte à partir des revenus généraux de l'État et de cotisations reliées à une tranche du revenu personnel.

L'analyse de ces possibilités en regard des principes directeurs énoncés démontre que, de façon générale, un système financier reposant sur une seule source de revenu ne peut être considéré.

Quant au système mixte basé sur les revenus généraux de l'État et des primes de type traditionnel, il ne saurait être retenu car il va directement à l'encontre de certains principes directeurs. En effet, un tel système est très régressif et présente des difficultés dans la structuration des primes entre les individus et les unités familiales selon leur niveau de revenu. Dans son application concrète, un tel système financier soulèverait un problème d'équité difficilement soluble et compliquerait l'administration du régime. Il serait évidemment possible, mais au prix de quelle complication des problèmes administratifs, d'assouplir la structure des primes en graduant ces dernières selon le niveau de revenu des cotisants. En fait, cet assouplissement dans la fixation du montant des primes équivaut, en définitive, à un rapprochement avec le troisième système financier.

La Commission est donc d'avis que ce dernier système, fondé sur les revenus généraux de l'État et des cotisations reliées à une tranche du revenu personnel, doit être retenu puisqu'il est le seul conforme aux principes directeurs.

## LES MODALITÉS DU SYSTÈME FINANCIER

La détermination des modalités du système financier du régime doit s'inspirer des principes directeurs énoncés précédemment. En outre, afin de permettre l'établissement d'un système administratif efficace, les modalités doivent être aussi simples que possible et adaptées aux modalités de perception des revenus fiscaux.

### **La répartition entre l'État et les individus**

Les principes directeurs énoncés plus haut établissent que le coût de l'assurance-maladie doit être réparti entre l'État et les individus en tant que tels. Toutefois, cette répartition ne saurait être exacte pour chaque exercice financier car, pour y arriver, il faudrait effectuer, au terme de chaque exercice, un ajustement rétroactif des cotisations. En effet, le coût de l'assurance-maladie ne peut être estimé exactement à l'avance car, en raison de sa nature même, il est influencé par plusieurs facteurs plus ou moins prévisibles.

La répartition du coût global de l'assurance-maladie devrait s'effectuer sur la base d'estimations périodiques, par exemple, à tous les trois ans. Pour chaque exercice financier, l'État assumerait, à même les revenus généraux, la différence entre le coût réel du régime et les cotisations perçues. Une approche ainsi basée sur des estimations triennales permettrait également de réviser périodiquement la proportion du coût d'un type de soins ou de services assumée par les cotisants en fonction des facteurs influençant l'évolution de ce coût.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

*I. 26. QUE le financement du régime d'assurance-maladie soit effectué selon un système prévoyant :*

- a) l'équilibre entre les cotisations et la contribution de l'État, d'une part, et les prestations et les frais d'administration, d'autre part; et*
- b) la répartition du coût global du régime entre l'État et les cotisants, selon des proportions révisées à chaque évaluation triennale, compte tenu de l'importance individuelle et sociale de chaque type de soins ou de services.*

### **Les cotisations**

Sur le plan des revenus cotisables, il est important de souligner que l'assurance-maladie accorde les mêmes avantages à l'ensemble de la population, et non seulement aux travailleurs. Il est donc équi-

table que toute personne qui possède un revenu suffisant soit obligée, compte tenu de ses charges individuelles et familiales, de verser une cotisation.

Les montants des cotisations devraient être gradués selon les revenus des cotisants, déduction faite des exemptions pour leurs charges individuelles et familiales. On devrait également établir, pour le montant des cotisations, une limite maximale qui ait une certaine relation avec la valeur des soins et des services couverts. À ce sujet, rappelons que le but premier de l'assurance-maladie, sur le plan du financement, réside dans le partage des coûts, nécessaire à la solidarisation des risques entre l'ensemble des membres de la collectivité. Sans limite maximale, le montant des cotisations introduirait un élément de répartition des revenus qu'il n'appartient pas à l'assurance-maladie d'effectuer.

La Commission est donc d'avis que les cotisations devraient prendre la forme d'un impôt d'assurance-maladie, égal à un pourcentage du revenu imposable des particuliers après déduction des exemptions personnelles, et sujet à une limite maximale. Une telle disposition est d'ailleurs conforme au *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la fiscalité* qui, sur cette question, conclut ainsi : « À notre avis le gouvernement du Québec ne devrait pas hésiter à recourir davantage à l'impôt sur le revenu des particuliers dans le financement de son programme d'enseignement, de santé publique et de sécurité sociale<sup>1</sup>. »

La Commission ne croit pas qu'il lui appartienne de formuler des recommandations précises quant au pourcentage et au montant maximum de l'impôt d'assurance-maladie. Cet aspect de la question est intimement lié aux politiques fiscales et budgétaires du gouvernement et seulement certains aspects de ces politiques font partie du mandat de la Commission. Toutefois, pour illustrer la répartition du coût du régime, la Commission soumet à la fin de la présente section un exemple basé sur un impôt d'assurance-maladie égal à 1 pour cent du revenu imposable du particulier n'excédant pas \$15,000.

Enfin, il convient de rappeler que les facteurs utilisés dans la fixation du taux de l'impôt d'assurance-maladie devraient être révisés à l'occasion des évaluations triennales.

### Recommandation

La Commission recommande :

- I. 27. *QUE soit établi un impôt d'assurance-maladie égal à un pourcentage du revenu imposable des particuliers, compte tenu des exemptions personnelles, et sujet à une limite maximale.*

1. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la fiscalité*, Québec, décembre 1965, p. 98.

## **Le paiement des cotisations et l'admissibilité aux prestations**

L'admissibilité aux prestations dans les contrats d'assurance privée découle directement du paiement de la prime. L'assurance sociale procède de principe différents, puisque son objectif est de protéger l'ensemble de la population contre certains risques à caractère social. Contrairement à l'assurance privée, l'admissibilité aux prestations dans le régime d'assurance-maladie ne devrait pas être liée directement au paiement des cotisations.

Le non-paiement des cotisations doit plutôt être considéré comme une infraction aux dispositions de la loi. Toute personne coupable d'une telle infraction devrait être passible d'une amende.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 28. QUE le défaut de payer les cotisations n'entraîne pas la suspension de la protection mais donne lieu à l'imposition d'une amende.*

## **La caisse d'assurance-maladie**

L'impôt d'assurance-maladie devrait être versé dans une caisse d'assurance-maladie. La partie du coût du régime financée à même les revenus généraux du gouvernement du Québec, et dans lesquels serait comprise la contribution du gouvernement du Canada en vertu de la Loi sur les soins médicaux, serait également versée dans cette caisse.

Cette caisse serait administrée par l'organisme chargé de l'administration du régime et tous les paiements relatifs aux prestations et aux frais d'administration en seraient tirés.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 29. QUE soit créée une caisse d'assurance-maladie, dont l'organisme chargé de l'administration du régime serait responsable,*
- a) dans laquelle seront versées les cotisations ainsi que la partie du coût du régime financée à même les revenus généraux du gouvernement du Québec, comprenant eux-mêmes la contribution du gouvernement du Canada en vertu de la Loi sur les soins médicaux; et*
  - b) qui servira au paiement des prestations et des frais d'administration du régime.*

### **L'identification des cotisations**

Il convient de souligner l'importance d'identifier clairement les cotisations que seront tenus de verser les cotisants sur les formules de déduction, de remise et de déclaration d'impôt sur le revenu. En rendant la population consciente du bien qu'elle consomme et de son coût, une telle pratique pourra hausser le niveau de consommation des soins jusqu'à la limite nécessaire.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 30. QUE les cotisations soient clairement identifiées dans les formules de déclaration et de paiement.*

### **L'impôt sur le revenu des particuliers**

La Commission croit qu'il sera nécessaire de modifier la Loi de l'impôt sur le revenu en ce qui concerne les prestations accordées par le régime. La généralisation du principe du tiers-payant et, par conséquent, l'élimination des fluctuations des frais acquittés pour les contribuables ne justifient plus la déduction des prestations accordées par le régime en vue d'établir le revenu imposable. Une telle modification aura pour effet d'augmenter le rendement de l'impôt sur le revenu des particuliers.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 31. QUE la déduction des prestations payées en vertu du régime ne soit pas permise en vue d'établir le revenu imposable du particulier.*

### **Les frais modérateurs**

Dans une section précédente, la Commission rejette l'imposition des frais modérateurs conçus comme mécanisme de financement. L'importance qu'elle attache à cette question est telle qu'elle croit nécessaire d'en faire l'objet d'une recommandation particulière.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 32. QUE l'imposition de frais modérateurs, comme mécanisme de financement, soit évitée.*

## LE COÛT DE L'ASSURANCE-MALADIE ET DES RÉGIMES DE SOINS ET DE SERVICES HOSPITALIERS

Le financement de l'assurance-maladie ne saurait s'analyser uniquement sur le plan des principes, car les problèmes qui s'y rattachent prennent toute leur signification si on les relie aux coûts de l'assurance-maladie. Ces derniers sont, en effet, caractérisés par leur croissance dont les causes sont inhérentes à la nature même de l'assurance-maladie. Parmi les causes les plus importantes, celles qui se traduisent par une hausse de la consommation médicale, mentionnons :

- l'évolution démographique;
- la confiance accrue dans la médecine résultant de son efficacité toujours plus grande;
- l'évolution des techniques thérapeutiques qui exige le concours d'un nombre toujours plus grand de spécialistes et entraîne une demande toujours plus grande de produits pharmaceutiques;
- la hausse du niveau d'éducation et l'augmentation des connaissances médicales de la population qui s'accompagnent d'une demande accrue de soins;
- la hausse du niveau de vie qui abaisse constamment le niveau au delà duquel la population consulte le médecin; et
- le progrès technique qui, souvent, « ... permet de soigner mieux et non plus vite et qui, au lieu d'entraîner une baisse des coûts, provoque une hausse<sup>1</sup> ».

Les objectifs de l'assurance-maladie sont tels qu'il faut en accepter toutes les implications financières, y compris l'augmentation légitime des coûts.

La Commission a donc cru essentiel de présenter les principales données relatives aux coûts de la couverture initiale de l'assurance-maladie et des régimes de soins et services hospitaliers ainsi qu'une brève analyse de leur évolution. Relativement aux coûts qu'entraînera l'extension de la couverture des régimes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie, la Commission n'a pas cru devoir en présenter des estimations pour les diverses étapes. Ces estimations seraient aléatoires et ne porteraient que sur un élément dans l'ensemble des coûts qu'entraînera la solution des problèmes relatifs aux diverses composantes de l'extension de la couverture.

### **Le coût de la couverture des soins médicaux**

La majeure partie du coût de la couverture initiale du régime recommandé par la Commission proviendra de la couverture des soins médicaux. Le Comité de recherches sur l'assurance-santé a

1. René Fruit : « Économie et médecine », Extrait d'une conférence prononcée le 10 septembre 1966 à Strasbourg au Congrès national des médecins omnipraticiens.



présenté, au début de 1966, des estimations de coût pour un régime universel d'assurance-maladie<sup>1</sup>. Étant donné que ces estimations demeurent encore valables, la Commission les a retenues.

Le tableau I reproduit intégralement les estimations du coût des soins médicaux et des frais d'administration préparées par le Comité.

TABLEAU I

**Estimations du coût des soins médicaux et des frais  
d'administration, Québec, 1964-1971**

	<i>Soins médicaux</i>		<i>Frais d'administration</i>		<i>Coût total</i>		<i>Augmen- tation</i>
	<i>Par</i>	<i>Total</i>	<i>Par</i>	<i>Total</i>	<i>Par</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
	<i>habitant</i>	<i>(\$000,000)</i>	<i>habitant</i>	<i>(\$000,000)</i>	<i>habitant</i>	<i>(\$000,000)</i>	
	\$		\$		\$		
1964 . . .	29.41	163.6	1.47	8.2	30.88	171.8	—
1965 . . .	30.92	175.3	1.55	8.8	32.47	184.1	7.2
1966 . . .	32.19	186.2	1.61	9.3	33.80	195.5	6.2
1967 . . .	33.60	198.3	1.68	9.9	35.28	208.2	6.5
1968 . . .	35.03	210.7	1.75	10.5	36.78	221.2	6.2
1969 . . .	36.50	223.8	1.83	11.2	38.33	235.0	6.2
1970 . . .	37.84	236.7	1.89	11.8	39.73	248.5	5.7
1971 . . .	39.20	250.3	1.96	12.5	41.16	262.8	5.8

Certaines précisions doivent être apportées relativement aux données du tableau I :

— depuis le 1er avril 1966, le gouvernement du Québec assume une partie du coût des soins médicaux indiqués dans le tableau en vertu du régime d'assistance médicale; le montant estimatif pour l'exercice 1967/68 s'élève à \$13.2 millions. Environ la moitié de ce montant est remboursable par le gouvernement du Canada en vertu du régime d'assistance publique du Canada;

— le coût de la couverture des soins des psychiatres n'est pas compris, car une grande part de leur revenu provient actuellement des services psychiatriques du ministère de la Santé; la couverture complète des soins des psychiatres entraînerait un coût additionnel de l'ordre de \$4,250,000 en 1968. Il en est de même du coût de la composante professionnelle des examens de laboratoire et de radiologie : la majeure partie de ce coût est déjà assumée par le Service de l'assurance-hospitalisation;

1. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. III, Coût, financement et champ d'application, janvier 1966, Québec, p. 19.

— compte tenu d'une recommandation ultérieure de la Commission, visant à ce que le gouvernement du Québec demande au gouvernement du Canada de lui accorder, dès l'entrée en vigueur de la Loi sur les soins médicaux, une compensation fiscale inconditionnelle qui tiendrait lieu de remboursement en vertu de cette Loi, environ la moitié du coût estimatif des soins médicaux sera ainsi compensée.

#### **Le coût de la couverture des médicaments prescrits**

Selon les recommandations de la Commission, la couverture des médicaments prescrits s'effectuera en trois étapes : premièrement, la couverture de l'ensemble des médicaments prescrits pour les personnes protégées par le régime d'assistance-maladie; deuxièmement, la couverture des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée dans le cadre du champ d'application universel du régime d'assurance-maladie; troisièmement, enfin, dans ce même cadre, la couverture de l'ensemble des médicaments prescrits.

*La couverture de l'ensemble des médicaments prescrits pour les bénéficiaires du régime d'assistance-maladie.* — L'estimation du coût de cette couverture pour l'année 1968 s'établit à \$8 millions, compte tenu de l'inclusion, dans le champ d'application, des enfants protégés par la Loi de l'assistance publique et la Loi de la protection de la jeunesse<sup>1</sup>. Quelques remarques s'imposent au sujet de cette estimation :

— environ la moitié du coût de \$8 millions serait remboursable par le gouvernement fédéral en vertu du régime d'assistance publique du Canada;

— une partie de ce coût est déjà assumée par l'État en vertu des mesures prises par certaines municipalités en vue de distribuer des médicaments;

— le montant de \$8 millions comprend le coût des médicaments pour les maladies chroniques ou de longue durée, lesquels, selon les recommandations de la Commission, sont compris dans la couverture initiale du régime d'assurance-maladie.

*La couverture des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée dans le cadre du régime d'assurance-maladie.* — L'estimation des coûts de cette couverture serait présentement extrêmement aléatoire. En effet, pour faire une estimation valable, il faudrait connaître la liste exacte des médicaments couverts ainsi que l'effet que pourrait avoir la mise en application des diverses recommandations de la Commission relatives à l'établissement des

1. Cette estimation est basée sur un nombre total de 410,000 bénéficiaires, soit les 373,000 personnes protégées par le régime d'assistance médicale au 31 mars 1967 et les 37,000 enfants protégés par la Loi de l'assistance publique et la Loi de la protection de la jeunesse au 31 mars 1966.

prix des médicaments et aux modalités de couverture des médicaments dans le cadre de l'assurance-maladie. Nous ne pouvons que suggérer un ordre de grandeur du coût de cette partie de la couverture initiale, à savoir entre \$10 et \$20 millions par année.

*La couverture de l'ensemble des médicaments prescrits dans le cadre du régime universel d'assurance-maladie.* — Pour ce qui est du coût des médicaments prescrits dans le cadre du régime universel d'assurance-maladie, nous reproduisons les estimations du Comité de recherches sur l'assurance-santé. Au tableau II, il faut remarquer que les coûts des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée sont compris, alors que, selon les recommandations de la Commission, ils devraient être compris dans la couverture initiale. Il en est de même des coûts de l'ensemble des médicaments prescrits à l'égard des assistés sociaux.

TABLEAU II

**Estimation du coût des prestations pharmaceutiques  
et des frais d'administration, Québec, 1966-1971 <sup>1</sup>**

	<i>Coût des prestations pharmaceutiques <sup>2</sup></i>		<i>Frais d'administration</i>		<i>Coût total <sup>2</sup></i>		<i>Augmen- tation %</i>
	<i>Par habitant</i>	<i>Total (\$000,000)</i>	<i>Par habitant</i>	<i>Total (\$000,000)</i>	<i>Par habitant</i>	<i>Total (\$000,000)</i>	
	\$		\$		\$		
1966 . . .	15.00	86.8	0.75	4.3	15.75	91.1	—
1967 . . .	16.12	95.1	0.81	4.8	16.93	99.9	9.7
1968 . . .	17.24	103.7	0.86	5.2	18.10	108.9	9.0
1969 . . .	18.39	112.8	0.92	5.6	19.31	118.4	8.7
1970 . . .	19.56	122.4	0.98	6.1	20.54	128.5	8.5
1971 . . .	20.76	132.6	1.04	6.6	21.80	139.2	8.3

**L'analyse de l'évolution des coûts des régimes d'assurance-maladie et  
d'assistance-maladie**

Rappelons que la Commission recommande que le régime universel d'assurance-maladie couvre initialement les soins médicaux et les médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée et que les bénéficiaires du régime d'assistance-maladie soient protégés pour l'ensemble des médicaments prescrits. Le tableau III permet de situer l'ordre de grandeur des coûts de ces deux régimes au cours des prochaines années.

1. Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, vol. VIII, Coût, financement et champ d'application, janvier 1966, Québec, p. 24.
2. Les coûts indiqués ne tiennent pas compte de la réduction qui résulterait de l'imposition de frais modérateurs.

TABLEAU III

**Évolution des dépenses publiques au titre d'assurance-maladie  
et d'assistance-maladie, Québec, 1967-1970<sup>1</sup>**

	1967	1968	1969	1970
Régime d'assurance-maladie				
a) soins médicaux . . . . .	(200.0) <sup>2</sup>	221.2	235.0	248.5
b) médicaments pour maladies de longue durée . . . . .	( 9.0) <sup>2</sup>	10.0	10.8	11.6
Régime d'assistance-maladie				
a) couverture actuelle . . . . .	15.3	—	—	—
b) médicaments prescrits . . .	—	8.0	8.7	9.3
<i>Total</i> . . . . .	15.3 (224.3) <sup>2</sup>	239.2	254.5	269.4

1. Tous les montants sont indiqués en millions de dollars courants. Les frais d'administration ont été estimés à 5 pour cent du coût des prestations.
2. Les montants indiqués entre parenthèses pour l'année 1967 situent l'ordre de grandeur des dépenses réelles pour les soins médicaux et les médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée au cours de l'année.

L'analyse du tableau III indique que les dépenses publiques<sup>1</sup> pour les régimes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie augmenteraient, selon les hypothèses formulées :

- a) d'environ \$225 millions en 1968 par rapport à 1967, et
- b) d'environ \$15 millions par année en 1969 et 1970, soit d'environ 6 pour cent par année.

Quant à l'augmentation des dépenses réelles<sup>2</sup>, elle se situerait à environ \$15 millions pour chacune des années à compter de l'année 1968.

Il convient de faire remarquer que toute extension de la couverture des régimes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie entraînerait une hausse plus rapide des dépenses publiques au titre de ces régimes. À ce sujet, rappelons uniquement que la couverture de l'ensemble des médicaments prescrits dans le cadre du régime universel d'assurance-maladie signifierait une augmentation des dépenses publiques en 1970 de l'ordre de \$110 millions.

*Le coût des régimes de soins et de services hospitaliers.* — Parmi les divers régimes de soins, les régimes de soins et de services

1. « Dépenses publiques » s'entend de toutes dépenses qui ne sont pas privées.
2. Par « dépenses réelles », on entend la somme des dépenses publiques et des dépenses privées.

hospitaliers<sup>1</sup> sont ceux qui entraînent les coûts les plus élevés. Le tableau IV présente des données générales permettant de situer le niveau et l'évolution actuels des coûts des régimes présentement en vigueur au Québec.

TABLEAU IV

**Dépenses publiques au titre des régimes de soins  
et de services hospitaliers, Québec, 1961-1967<sup>1</sup>**

<i>Année</i>	<i>Assurance-hos- pitalisation<sup>2</sup> (\$000,000)</i>	<i>Traitement des maladies men- tales (\$000,000)</i>	<i>Prévention de la tu- berculose (\$000,000)</i>	<i>Total<sup>3</sup> (\$000,000)</i>	<i>Augmen- tation %</i>
1961 . . . . .	140.5	18.2	6.3	165.0	—
1962 . . . . .	170.4	23.6	7.3	201.3	22.0
1963 . . . . .	207.9	29.6	7.4	244.9	21.7
1964 . . . . .	246.8	39.2	6.6	292.6	19.5
1965 . . . . .	284.1	52.2	8.5	344.8	17.8
1966 . . . . .	372.3	60.3	9.3	441.9	28.1
1967 . . . . .	412.5	79.3	8.6	500.4	13.2

1. Sources : *Rapports du ministère de la Santé*, 1961-1965; budget des dépenses, province de Québec, 1966/67, à l'exception du montant de 372.3 millions qui représentent les frais réels de l'assurance-hospitalisation pour l'année financière se terminant le 31 mars 1967.
2. Les remboursements du gouvernement du Canada pour les années 1961-1964 sont compris dans les montants indiqués; à compter de 1965, ces remboursements ont été remplacés par une équivalence fiscale et monétaire.
3. Le coût de la composante professionnelle des services internes de diagnostic, les traitements payés aux médecins par les Services psychiatriques et la Division de la tuberculose du ministère de la Santé, ainsi que les allocations versées aux médecins internes et résidents sont compris.

Les dépenses publiques au titre des régimes de soins hospitaliers ont dans l'ensemble triplé entre 1961 et 1967, pour passer de \$165 millions à \$500 millions. Ceci correspond à un taux annuel d'augmentation d'environ 20 pour cent pour l'ensemble de la période.

La Commission a entrepris l'analyse des causes de l'augmentation des coûts des soins et des services hospitaliers. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer les effets des recommandations qui découleront de cette analyse, de la mise en application du régime d'assurance-maladie et des politiques et mesures complémentaires, de la couverture des examens de diagnostic et de radiologie dans les consultations externes des hôpitaux, il y a lieu de croire qu'ils ralentiront le rythme d'augmentation future de ces coûts.

1. Les régimes d'assurance-hospitalisation, de traitement des maladies mentales et de prévention de la tuberculose.

Les données du tableau I permettent, malgré tout, de formuler l'hypothèse, en ce qui a trait à l'évolution future des coûts, qu'en courte période les coûts de l'ensemble des régimes de soins et de services hospitaliers continueront d'augmenter et que le taux d'augmentation se maintiendra à un niveau relativement élevé. En analysant les composantes des coûts, soit l'accroissement de la consommation et la hausse des prix, et en tenant compte de ce que le « rattrapage » des dernières années, du point de vue de la demande de consommation, devrait donner lieu à des taux inférieurs d'augmentation à ce poste, nous pouvons retenir comme hypothèse que le taux annuel d'augmentation des coûts s'établira entre 14 et 18 pour cent.

TABLEAU V

**Évolution des dépenses publiques au titre des régimes de soins  
et de services hospitaliers, Québec, 1967-1970<sup>1</sup>**

Année	Taux annuel d'augmentation	
	Hypothèse de 14%	Hypothèse de 18%
1967 . . . . .	500.4	500.4
1968 . . . . .	570.5	590.5
1969 . . . . .	650.4	696.8
1970 . . . . .	741.5	822.2

1. Tous les montants sont indiqués en millions de dollars courants.

*Évolution des coûts de l'assurance-maladie et des régimes de soins et de services hospitaliers.* — Les tableaux VI et VII indiquent l'ordre de grandeur des dépenses publiques au titre des régimes de soins au cours des années 1967 à 1970, dans l'hypothèse où seules les recommandations de la Commission relatives à la couverture initiale du régime d'assurance-maladie et à la couverture de l'ensemble des médicaments pour les bénéficiaires du régime d'assistance-maladie étaient mises en application au cours de cette période. Le tableau VI est basé sur l'hypothèse d'un taux annuel d'augmentation du coût des régimes de soins et de services hospitaliers de l'ordre de 14 pour cent, alors que le tableau VII est basé sur un taux d'augmentation de 18 pour cent.

TABLEAU VI

**Évolution des dépenses publiques au titre de l'assurance-maladie et des régimes de soins et de services hospitaliers, dans l'hypothèse d'un taux annuel d'augmentation de 14 pour cent du coût de ces derniers, Québec, 1967-1970<sup>1</sup>**

	1967	1968	1969	1970
Régimes de soins hospitaliers	500.4	570.5	650.4	741.5
Régime d'assurance-maladie				
a) soins médicaux . . . . .	(200.0) <sup>2</sup>	221.2	235.0	248.5
b) médicaments pour maladies chroniques ou de longue durée . . . . .	( 9.0) <sup>2</sup>	10.0	10.8	11.6
Régime d'assistance-maladie				
a) couverture actuelle . . . .	15.3	—	—	—
b) médicaments prescrits . .	—	8.0	8.7	9.3
<i>Total</i> . . . . .	515.7 (724.7) <sup>2</sup>	809.7	904.9	1,010.9

TABLEAU VII

**Évolution des dépenses publiques au titre de l'assurance-maladie et des régimes de soins et de services hospitaliers, dans l'hypothèse d'un taux annuel d'augmentation de 18 pour cent du coût de ces derniers, Québec, 1967-1970<sup>1</sup>**

	1967	1968	1969	1970
Régimes de soins hospitaliers	500.4	590.5	696.8	822.2
Régime d'assurance-maladie				
a) soins médicaux . . . . .	(200.0) <sup>2</sup>	221.2	235.0	248.5
b) médicaments pour maladies chroniques ou de longue durée . . . . .	( 9.0) <sup>2</sup>	10.0	10.8	11.6
Régime d'assistance-maladie				
a) couverture actuelle . . . .	15.3	—	—	—
b) médicaments prescrits . .	—	8.0	8.7	9.3
<i>Total</i> . . . . .	515.7 (724.7) <sup>2</sup>	829.7	951.3	1,091.6

1. Tous les montants sont indiqués en millions de dollars courants. Les frais d'administration ont été estimés à 5 pour cent du coût des prestations.
2. Les montants indiqués entre parenthèses pour l'année 1967 situent l'ordre de grandeur des dépenses réelles pour les soins médicaux et les médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée au cours de l'année.

L'analyse des tableaux VI et VII indique que les dépenses publiques au titre des régimes de soins accuseraient selon les hypothèses formulées,

a) en 1968, une augmentation qui oscillerait entre \$294 et \$314 millions par rapport à 1967;

b) en 1969 et en 1970, une hausse annuelle qui se situerait entre \$100 millions et \$140 millions. Si l'on fait exception de l'année de l'établissement du régime universel d'assurance-maladie, l'on constate que la majeure partie de l'augmentation des coûts proviendrait des soins et des services hospitaliers puisque, selon les hypothèses formulées, l'augmentation annuelle du coût du régime d'assurance-maladie ne sera que de \$15 millions en 1969 et en 1970.

Quant à l'augmentation annuelle des dépenses réelles, elle serait de l'ordre de \$95 millions en 1968 pour atteindre environ \$130 millions en 1970. Tout comme pour les dépenses publiques, la majeure partie de l'augmentation annuelle des dépenses réelles proviendrait des soins et des services hospitaliers.

#### **Illustration du financement du régime d'assurance-maladie**

Pour illustrer le fonctionnement du système financier recommandé pour le régime d'assurance-maladie, nous avons cru utile de donner l'exemple suivant. Ce dernier est basé sur l'hypothèse que l'impôt d'assurance-maladie est égal à 1 pour cent, qu'il ne s'applique qu'au revenu imposable n'excédant pas \$15,000 et que toute personne dont le revenu n'excède pas \$4,000, si elle est mariée, ou \$2,000 si elle est célibataire, en est exemptée. Au sujet de ces dernières limites, la Commission est d'avis qu'elles représentent actuellement le niveau en deçà duquel il n'apparaît pas qu'on doive exiger des cotisations. Enfin, il convient de remarquer que la cotisation maximale serait de \$150 par année.

Le tableau VIII indique le montant moyen de l'impôt d'assurance-maladie pour diverses catégories de revenu personnel. Le tableau IX donne une estimation du rendement de l'impôt d'assurance-maladie pour l'année 1968.

Selon l'estimation du tableau IX, le rendement de l'impôt d'assurance-maladie serait de \$35 millions en 1968. La Commission est d'avis que le rendement réel de l'impôt d'assurance-maladie serait plus élevé pour les raisons suivantes :

a) chaque catégorie de revenu comprend un certain nombre de célibataires pour lesquels le revenu imposable sera plus élevé que celui qui est indiqué et, par voie de conséquence, le montant de l'impôt d'assurance-maladie sera également plus élevé;

b) même si les célibataires dans la catégorie de revenu personnel variant de \$2,000 à \$4,000 verseront l'impôt d'assurance-maladie, ils ne sont pas compris dans les tableaux VII et VIII;



c) il y a lieu de croire que le nombre réel de cotisants pour chaque catégorie de revenu sera plus élevé en 1968 que le nombre estimatif.

TABLEAU VIII

Montant moyen d'un impôt d'assurance-maladie de 1 pour cent  
pour diverses catégories de revenu personnel

Catégorie de revenu	Revenu moyen	Proportion du revenu imposable par rapport au revenu moyen <sup>1</sup>	Revenu imposable moyen	Impôt d'assurance- maladie
\$	\$		\$	\$
4,000- 5,000	4,500	0.500	2,250	22.50
5,000- 6,000	5,500	0.540	2,970	29.70
6,000- 7,000	6,500	0.577	3,750	37.50
7,000- 8,000	7,500	0.647	4,850	48.50
8,000- 9,000	8,500	0.656	5,580	55.80
9,000-10,000	9,500	0.687	6,530	63.30
10,000-15,000	12,500	0.722	9,020	90.20
15,000-20,000	17,500	0.783	13,700	137.00
20,000 et plus	—	—	—	150.00

TABLEAU IX

Estimation du rendement d'un impôt d'assurance-maladie  
de 1 pour cent, Québec, 1968

Catégorie de revenu	Impôt d'assurance- maladie	Nombre de cotisants <sup>2</sup>	Rendement de l'impôt d'assurance- maladie	Rendement cumulatif de l'impôt d'assurance- maladie
\$	\$	(000)	(\$000,000)	\$
4,000- 5,000	22.50	306.0	6.9	6.9
5,000- 6,000	29.70	227.0	6.7	13.6
6,000- 7,000	37.50	140.0	5.3	18.9
7,000- 8,000	48.50	72.0	3.5	22.4
8,000- 9,000	55.80	49.0	2.7	25.1
9,000-10,000	63.30	28.0	1.8	26.9
10,000-15,000	90.20	48.0	4.3	31.2
15,200-20,000	137.00	14.0	1.9	33.1
20,000 et plus	150.00	14.1	2.1	35.2

1. Ces estimations sont établies à partir de données du ministère du Revenu national, Division de l'impôt, *Statistique fiscale*, édition 1966, Partie I, pp. 19 à 23.
2. Cette estimation est basée sur les données des statistiques fiscales de 1965, ministère du Revenu national, Division de l'impôt, *Statistique fiscale*, édition 1965.

*Répartition du coût du régime d'assurance-maladie.* — Le coût du régime universel d'assurance-maladie en 1968, selon les recommandations de la Commission relatives à la couverture, s'élèvera à \$231.2 millions<sup>1</sup>. Ce coût serait donc payé à même les \$35.2 millions provenant des cotisations et les \$196.0 millions provenant des revenus généraux du gouvernement du Québec. Ce dernier montant comprend le montant de la compensation fiscale que nous avons estimé à \$105.4 millions<sup>2</sup> et qui tiendrait lieu de remboursement en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux.

#### **La Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques**

Au cours de nos travaux, on a attiré notre attention sur le traitement d'exception fait aux malades des hôpitaux psychiatriques et des sanatoria. La Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques exclut les hôpitaux psychiatriques et les sanatoria, bien que cette anomalie ait été soulignée à maintes reprises au gouvernement fédéral. Étant donné cette exclusion, le gouvernement fédéral ne partage pas le coût des soins hospitaliers dispensés dans ces deux types d'établissements hospitaliers. Il s'agit d'une situation pour le moins étrange qui, à notre avis, devrait être corrigée.

### **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 33. QUE le gouvernement du Québec prie le gouvernement du Canada d'inclure les hôpitaux psychiatriques et les sanatoria dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et que le montant de l'équivalence fiscale accordée au Québec soit ajusté en conséquence.*

#### **5. LES EFFETS ÉCONOMIQUES DE L'ASSURANCE-MALADIE**

##### **INTRODUCTION**

L'assurance-maladie peut être considérée comme une dépense de consommation et sous l'angle d'un investissement collectif. Quand on la considère comme une dépense de consommation, c'est la capacité économique d'un pays ou d'une société qui en détermine l'opportunité. S'il existe une limite aux ressources financières qu'une économie peut consacrer aux mesures de sécurité sociale, il est

1. Voir tableau III, p. 102.

2. Voir chapitre VIII, tableau IV.

permis de douter que les sociétés même les plus évoluées en aient fait l'expérience. Car, croyons-nous, au lieu de révéler un point de saturation, l'expérience ferait plutôt ressortir l'interdépendance du progrès économique et du progrès social, et mettrait en lumière que les dépenses de mise en valeur du capital humain sont de véritables investissements.

Étant donné qu'il n'existe pas de critères satisfaisants qui permettraient d'établir une hiérarchie des dépenses publiques et privées selon leur nature et selon leurs effets économiques et sociaux, étant donné aussi l'absence d'une expression précise des préférences de la collectivité, la Commission croit pouvoir fonder le caractère prioritaire d'un régime universel d'assurance-maladie au Québec sur l'analyse du développement actuel de notre sécurité sociale par rapport à l'effort consenti dans ce domaine par d'autres pays, sur l'analyse des effets de l'assurance-maladie sur les variables de la conjoncture et de la croissance économiques et, enfin, sur l'importance du domaine de la santé dans l'activité économique, et les ajustements qui en résultent au niveau de la dispensation des soins.

#### LE NIVEAU ET LA RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SÉCURITÉ SOCIALE AU CANADA ET AU QUÉBEC

Le Canada consacre à la sécurité sociale une proportion moindre de ses ressources que plusieurs pays d'Europe. Les tableaux X et XI<sup>1</sup> indiquent, en effet, que la proportion du produit national brut canadien affectée au domaine de la sécurité sociale est nettement inférieure à celle des six pays du Marché commun (tableau X) et qu'elle se situe au-dessus de la moyenne par rapport à certains pays du Commonwealth et aux États-Unis (tableau XI). De plus, en examinant l'évolution des dépenses de 1959 à 1965 (tableau XI), nous remarquons que la position relative du Canada n'a pas changé au cours de cette période.

La situation n'est pas différente dans le domaine des régimes de soins. Toutefois, il convient de souligner que le montant des prestations de ces régimes est passé d'une proportion de 2.3 pour cent du produit national brut en 1959 à une proportion de 3.2 pour cent en 1965. Le volume des prestations de sécurité de la vieillesse a augmenté parallèlement de 50 pour cent, mais cet accroissement a suivi étroitement le rythme de progrès de la production nationale<sup>2</sup>.

C'est le développement des régimes de soins, plus précisément l'instauration du régime de soins et de services hospitaliers, et

1. Voir pp. 112 et 113.

2. *La sécurité sociale au Canada*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1967.

l'importance croissante des dépenses à ce titre, qui expliquent, en majeure partie, la part plus grande du produit national brut allouée à la sécurité sociale au cours des dernières années.

La conception que l'on se fait de la sécurité sociale dans les pays d'Europe et dans certains des pays apparaissant au tableau diffère profondément. Les pays d'Europe se sont préoccupés depuis longtemps d'unifier leur système de sécurité sociale, de sorte que la définition de ce qui constitue la dépense au chapitre de la sécurité sociale est sujette à une interprétation plus uniforme. Dans les pays d'Amérique du Nord, l'influence des catégories d'assistance sociale se reflète encore, dans une plus large mesure, dans les fluctuations que subit l'ensemble des dépenses de sécurité sociale par rapport au produit national brut. L'importance des mesures reliées au chômage et à la perte du revenu fait que le poids de la sécurité sociale augmente en période de ralentissement économique et diminue en période de prospérité. Ce caractère de notre sécurité sociale aura tendance à s'atténuer avec le développement de l'assurance-maladie et des autres régimes universels.

D'après les hypothèses relatives au coût de l'assurance-maladie et les tendances observées dans l'évolution de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale, l'adoption à l'échelle du pays en juillet 1968 de la Loi sur les soins médicaux porterait les dépenses de sécurité sociale à environ 10.7 pour cent du produit brut canadien pour l'année 1968. Le coût des régimes de soins passeraient de 35 à 40 pour cent du coût total de la sécurité sociale, et représenterait environ 4.3 pour cent du produit national brut<sup>1</sup>. Quant à la situation actuelle dans les autres pays, nous ne possédons pas les renseignements nécessaires pour l'évaluer avec exactitude.

Toutefois, à partir des données du tableau X et des renseignements relatifs à l'évolution des dépenses au titre de l'assurance-maladie, dont le rythme d'accroissement est plus rapide que celui de la production nationale dans la plupart de ces pays, on peut poser comme hypothèse que le Canada rejoindrait les autres pays en 1968 au titre des régimes de soins, tandis que le volume total de sa sécurité sociale se situerait encore en deçà de celui des autres pays.

Un autre indicateur de l'évolution des régimes de soins nous est fourni par une comparaison, à l'échelle internationale, des dépenses personnelles de soins par rapport aux productions nationales.

Le tableau XIV montre, pour la période de 1953 à 1961, l'augmentation de la dépense de soins par tête par rapport à la production nationale brute au Canada, aux États-Unis et dans quelques pays de l'Europe. Les pays de l'Amérique du Nord, bien qu'ils aient

---

1. Ce coût exclut les prestations des régimes des accidents du travail.

retardé l'adoption des régimes publics de soins, tiennent la première place dans le domaine de la consommation des soins. Or, selon les données du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, les régimes publics couvraient au Canada, en 1964, 85 pour cent des dépenses personnelles de soins hospitaliers et 8.6 pour cent des dépenses de soins médicaux<sup>1</sup>. C'est dire qu'en élargissant la couverture de ses régimes de soins, le Canada pourra rejoindre assez rapidement le pourcentage des prestations d'assurance-maladie, par rapport aux dépenses nationales brutes, observé dans certains pays d'Europe.

La croissance en courte période des dépenses de soins par tête ou des dépenses publiques au titre des régimes de soins, comparée aux produits nationaux est due, en grande partie, à une croissance plus rapide des prix des services de santé et, également, aux fluctuations cycliques du produit national. L'effort réel, surtout l'évolution à long terme de cet effort, sera moindre que ne le laissent supposer les comparaisons arrêtées dans le temps ou celles effectuées sur une courte période.

Au Québec, les ressources canalisées vers le domaine de la sécurité sociale sont comparables à celles du Canada. Au fait, les diverses lois ou systèmes prévoient à peu près le même éventail d'avantages sur le plan de la couverture. Cependant, par suite d'une propension plus élevée au chômage que dans l'ensemble du pays, l'effort du Québec est plus considérable au niveau des allocations par catégories. L'institution récente d'un régime québécois d'allocations familiales accentuera l'effort du Québec dans ce domaine. Mais, on peut supposer qu'il s'agit d'une avance de quelques années et qu'un ajustement des prestations de cette nature, à l'échelle canadienne, rétablira l'équilibre.

Enfin, dans le domaine des régimes de soins, le Québec a connu depuis 1961 une croissance plus rapide que dans les autres provinces (tableau XIII). Jusqu'à tout récemment, il s'agissait, dans une certaine mesure, d'une forme de rattrapage, mais dont l'impact sur les coûts reste important à cause d'un développement plus lent du personnel, des installations et des services.

Les pays sur lesquels a porté notre attention sont comparables au point de vue des systèmes économiques ainsi que du degré et du rythme de leur développement économique. Les pays du Marché commun jouissent d'un niveau de vie moins élevé que le nôtre. Toutefois, c'est au moment où ils supportaient un fardeau de plus en plus lourd de la sécurité sociale qu'ils ont apporté des modifications profondes à leurs systèmes de production. Ces changements se

---

1. *Research and Statistic Directorate*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; utilisé par John E. Osborne dans un document photocopié, tableau 9.

sont révélés nécessaires par suite des nouvelles exigences concurrentielles qu'imposait l'institution d'un marché commun.

C'est dire qu'avec des niveaux de vie plus élevés, une meilleure structure de production et des taux de croissance comparables le Canada et le Québec ne sauraient hésiter à consacrer au développement de la sécurité sociale une proportion de l'ensemble de leurs ressources au moins équivalente à celle des pays du Marché commun.

Reste le problème que soulève la proximité des États-Unis. Le fait que le fardeau de la sécurité sociale dans l'ensemble des dépenses nationales soit plus lourd au Canada qu'aux États-Unis peut créer des difficultés au plan de la concurrence. De plus, l'importance des dépenses publiques de sécurité sociale laisse moins de latitude à la politique fiscale gouvernementale pour corriger les fluctuations économiques propres à la conjoncture canadienne. Mais, en fait, si l'ensemble des dépenses de sécurité sociale sont difficilement compressibles en période d'inflation, elles peuvent avoir un effet stabilisateur en période de récession ou de dépression.

TABLEAU X

Répartition des dépenses de sécurité sociale. Pays du Marché commun et Canada, 1959 (en pourcentage du produit national brut)

	<i>Maladie et maternité</i>	<i>Accidents du travail</i>	<i>Invaliderité et vieillesse</i>	<i>Allocations familiales</i>	<i>Chômage</i>	<i>Autres</i>	<i>Total</i>
1. Allemagne .	4.2	0.8	8.3	0.4	0.8		14.5
2. Belgique . .	3.3	1.0	4.3	2.6	2.0		13.2
3. Luxembourg	2.9	1.9	5.9	2.5	—		13.2
4. France . . .	3.3	1.0	4.0	4.5	—		12.8
5. Italie . . . .	2.7	0.7	5.0	3.1	0.5	0.3	12.3
6. Pays-Bas . .	3.2	0.4	4.4	1.6	0.7		10.3
7. Canada . . .	2.3	0.2	2.0	1.4	1.3	1.2	8.4

Sources :

1. Pays du Marché commun. « Les institutions sociales de France », *La Documentation française*, mise à jour de l'édition de 1955, dirigée par M. Pierre Larocque. Les dépenses sont celles des régimes de prestations, à l'exclusion des régimes spéciaux pour les fonctionnaires et les virements entre régimes.
2. Canada. Étude de John Osborne : Rapport du Comité de recherches sur l'assurance santé, volume VIII. Dans « *maladie* », on comprend, outre les prestations pour les divers régimes de soins (y compris les accidents du travail), les dépenses pour tous services de santé et d'hygiène.

TABLEAU XI

**Évolution des dépenses de sécurité sociale en pourcentage du produit brut<sup>1</sup>  
de 1959/60 à 1964/65 inclusivement, pour certains pays du  
Commonwealth et les États-Unis**

Pays	1959/60	1960/61	1961/62	1962/63	1963/64	1964/65
Nouvelle-Zélande .	12.4	12.4	12.4	11.9	11.5	10.8
Royaume-Uni . . .	9.9	10.0	10.1	10.3	10.9	10.7
Canada . . . . .	8.5	9.2	9.6	9.4	9.1	9.2
Australie . . . . .	7.4	7.7	8.3	8.0	7.9	7.6
États-Unis . . . .	6.3	7.0	7.0	7.0	6.9	6.9

Source :

*La Sécurité sociale au Canada*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, mars 1967.

1. Aux prix courants.

TABLEAU XII

**Évolution des dépenses de soins seulement en pourcentage du  
produit national brut<sup>1</sup>, 1959-1965**

	1959/60	1960/61	1961/62	1962/63	1963/64	1964/65
Nouvelle-Zélande .	3.6	3.6	3.8	3.8	3.7	3.5
Royaume-Uni . . .	3.3	3.5	3.4	3.4	3.5	3.6
Canada . . . . .	2.3	2.6	2.9	3.0	3.0	3.2
Australie . . . . .	2.3	2.4	2.6	2.6	2.5	2.5
États-Unis . . . .	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5

Source :

Research and Statistics Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa.

*Nota :* Les soins incluent ici les prestations des régimes d'accidents du travail, ainsi que toutes les prestations des régimes d'assistance versées pour les soins.

1. Aux prix courants.

TABLEAU XIII

**Dépenses du Canada et du Québec au titre des régimes de soins  
en pourcentage du produit national brut, et du produit brut québécois  
1959-1968**

	Québec	Canada
1959/60 . . . . .	2.1	1.4
1960/61 . . . . .	2.3	1.7
1961/62 . . . . .	2.5	1.9
1962/63 . . . . .	2.6	2.2
1963/64 . . . . .	2.7	2.4
1964/65 . . . . .	2.9	2.6
1965/66 . . . . .	2.9	3.0
1966/67 <sup>1</sup> . . . . .	3.0	3.2
1967/68 <sup>1</sup> . . . . .	4.3	4.8

1. Estimations.

TABLEAU XIV

## Comparaison internationale des dépenses de soins

(Pourcentage d'augmentation, 1953-1961, et pourcentage de la production nationale brute, 1961)

	Services hospitaliers seulement		Soins hospitaliers, soins médicaux et médicaments prescrits		Soins hospitaliers et médicaux, médicaments prescrits et soins dentaires	
	% augmentation 1953-1961 per capita	% du PNB (1961)	% augmentation 1953-1961	% du PNB (1961)	% augmentation 1953-1961	% du PNB (1961)
Canada . . . . .	86.1	2.51	83.4	3.85	81.3	4.17
États-Unis . . . . .	98.0	1.74	83.9	3.46	79.1	3.86
Nouvelle-Zélande . . . . .	54.2	2.23	56.5	3.59	54.0	3.81
Royaume-Uni . . . . .	76.5	1.98	73.4	2.98	75.2	3.25
France . . . . .	188.6	1.78	178.5	3.28	—	—
Norvège . . . . .	91.1	1.62	81.8	2.71	74.3	3.16
Denemark . . . . .	—	—	105.5	2.42	—	—
Pays-Bas . . . . .	126.2	0.98	122.9	2.32	121.6	2.57

Source :

Charron, D. C. : « Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport », Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Annuaire statistique des comptabilités nationales*, Ottawa.



## LES EFFETS DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE SUR L'ÉCONOMIE QUÉBÉCOISE

L'assurance-maladie, comme l'ensemble des régimes de sécurité sociale, est reliée au domaine de la politique économique et sociale. Mais elle se distingue des mesures strictement quantitatives qui visent à la régulation de l'économie, puisqu'elle amène un changement dans les fondements mêmes de l'organisation sociale et modifient les relations essentielles entre les individus<sup>1</sup>.

Les effets économiques d'un changement dans la politique quantitative sont plus faciles à retracer puisque leur écho se répercute dans une structure à fondements fixes, mais on ne peut s'attendre à des évaluations trop précises lorsqu'il s'agit de modifications dans les structures ou les fondements.

Quoiqu'il ne soit pas facile de définir de façon précise les effets économiques de ce genre de changement, et que les effets économiques ne soient pas les seuls dont il faille tenir compte, il demeure qu'il est important de bien comprendre les effets économiques du régime québécois d'assurance-maladie tels qu'on peut les prévoir à ce stade.

Dans cette section, nous allons examiner les différents points d'impact sur l'économie d'un régime universel d'assurance-maladie. Nous nous efforcerons de déterminer tout au moins le signe positif ou négatif des effets du régime sur le niveau général des prix, sur la distribution du revenu dans ses diverses dimensions, sur l'épargne, le niveau du revenu et de l'emploi, sur la croissance de l'économie québécoise, ainsi que sur la qualité de la vie socio-économique au Québec. Nous essaierons de distinguer dans chaque cas les effets de courte et de longue période.

En effet, certaines de ces variables économiques, dont il est question ici, telles que le niveau général des prix, constituent des éléments de la conjoncture économique à un moment donné. D'autres préparent la voie au cheminement d'une économie vers le progrès et la croissance.

### **Le niveau général des prix**

Le niveau général des prix est une variable globale qui dépend de toutes les forces tant du côté de l'offre que de celui de la demande dans l'économie.

Nous avons proposé, dans la section précédente, une formule mixte de financement de l'assurance-maladie, incluant des cotisations individuelles et des contributions provenant des revenus généraux du gouvernement. Or, même si elle était financée entièrement par

---

1. J. Tinbergen : *Techniques modernes de la politique économique*, Paris, 1961.

un déficit gouvernemental, l'assurance-maladie ne générerait une augmentation importante de la demande globale de biens et de services. En effet, l'assurance-maladie est essentiellement un transfert de la demande individuelle à la demande institutionnelle. Même si ce transfert s'accompagne d'une allocation accrue des ressources publiques au secteur de la santé et même s'il implique une dépense publique de l'ordre de \$225 millions, il ne s'agit pas là d'une augmentation de la demande globale, mais d'une somme dont seule une portion constitue une dépense nouvelle. Il est difficile à ce stade de déterminer exactement quel sera l'ordre de grandeur de l'augmentation de la demande globale suscitée par l'assurance-maladie. Cependant on peut considérer la possibilité d'une poussée inflationniste comme négligeable. En effet, dans une province dont le revenu personnel global était de l'ordre d'environ \$11 milliards en 1966<sup>1</sup>, l'effet réel de l'assurance-maladie sur le niveau des prix ne peut pas être important.

### **La redistribution du revenu**

L'assurance-maladie comporte un élément d'ajustement des ressources aux besoins de soins des familles et des individus. Le régime aura donc un effet de redistribution du revenu. L'effet global de redistribution est toutefois difficile à juger puisqu'il peut porter à la fois sur la répartition des revenus entre riches et pauvres, entre employeurs et employés, entre l'ensemble de la population active et la population inactive, entre les régions, entre la population jeune et vieille, ou même entre la génération présente et future. De plus, on ne peut analyser l'effet de redistribution du régime sans considérer à la fois la répartition des coûts et celle des prestations.

Le régime d'assurance-maladie va tendre à redistribuer le revenu réel des personnes ayant un revenu imposable aux personnes dont le revenu n'est pas imposable.

En effet les secondes obtiendront leurs soins gratuitement alors que les premières devront verser un pourcentage de leur revenu. L'importance de cet effet serait affaibli si le régime d'assurance-maladie ne corrigeait pas l'influence de différents facteurs, tels que le revenu familial et la catégorie socio-professionnelle du chef de famille, sur la consommation médicale<sup>2</sup>. Si les personnes dont le revenu est le plus élevé, tout en apportant une contribution

---

1. Chiffres estimés, Bureau de recherches économiques, Ministère de l'Industrie et du commerce (B. R. E.), Québec.

2. P. Grandjeat : « L'Assurance-Maladie », *Revue Économique*, XVIII, 2.

financière plus grande font un usage excessif de la médecine spécialisée, il se peut alors que l'effet de redistribution du revenu soit annulé<sup>1</sup>.

En deçà de la limite inférieure du revenu imposable, l'effet de redistribution des revenus élevés aux revenus moyens est assez faible. Le transfert important de ressources de l'ensemble de la population active à la population inactive ou à revenu non imposable, la nécessité de fixer une limite supérieure au revenu cotisable et le caractère de la courbe de distribution des revenus sont autant d'éléments qui rendent difficile la redistribution des revenus élevés aux revenus moyens.

De même, toute contribution de l'employeur, vu la croissance des coûts du régime, risquerait d'être déplacée, à plus ou moins long terme, vers l'employé ou le consommateur, sous forme d'une croissance plus lente des salaires ou d'une hausse des prix.

Quant à la redistribution d'une région à l'autre, il faut admettre que, dans le cas de certaines mesures de sécurité sociale, elle est plutôt incertaine. En effet, on a pu constater que la redistribution s'effectue parfois en sens inverse, les régions pauvres subventionnant les régions riches<sup>2</sup>. Cependant, il n'y a pas de raison de croire que tel serait le cas ici, puisque la cotisation et l'impôt sur le revenu contribueront à payer une bonne partie des coûts. À l'intérieur de la province, on peut être sûr que ce seront Montréal et la Côte-Nord, deux régions à revenus moyens plus élevés, qui contribueront le plus à redistribuer le revenu réel aux autres régions, à moins, encore une fois, que ce transfert soit annulé par des différences importantes dans la consommation.

Il y aura vraisemblablement redistribution de revenu aussi des plus jeunes aux plus vieux. On sait, par exemple, que la morbidité croît avec l'âge, tandis que la consommation médicale des vieillards tend à se niveler ou à diminuer<sup>3</sup>. L'établissement d'un régime d'assurance-maladie va tendre à enrayer cette sous-consommation médicale et à redistribuer le revenu en faveur de certaines couches sous-consommatrices de la population.

Les effets de redistribution les plus marqués seront ceux qui découleront du transfert des revenus les plus élevés aux revenus les

---

1. W.G. Campbell : « The Economics of Social Security and The Theory of Government Finance », *National Tax Journal*, vol. IV, No. 2, June 1951, et Alan T. Peacock : *Income Redistribution and Social Policy*, Jonathan Cape, London, 1954-1958.

2. S.F. Kaliski a indiqué que ce pourrait être le cas des paiements en vertu de la Loi des pensions de vieillesse : voir « Old Age Security and Transfer of Income », *The Canadian Banker*, vol. 62, 2, Summer 1955.

3. J. Grandjeat, *op. cit.*, pp. 280-1.

plus faibles et des revenus des gens en bonne santé (qui se recrutent dans certains groupes d'âge et dans certaines catégories socio-professionnelles) aux malades.

Quant à la redistribution des revenus élevés aux revenus moyens, nous avons souligné qu'elle est peu probable. Il faut se rappeler d'ailleurs que les prestations sociales ne visent pas à niveler les revenus, mais plutôt à garantir à chacun un niveau de vie acceptable, en tenant compte des variations dans les charges individuelles et familiales.

Dans l'ensemble, le niveau de redistribution des revenus découlant de l'assurance-maladie variera en fonction des modalités de financement, du champ d'application et de la couverture. Dans le cas du régime québécois, où la contribution des revenus généraux des gouvernements est relativement forte et provient de l'ensemble des sources de revenus gouvernementaux, il y aura redistribution, mais celle-ci demeurera limitée et suivra l'orientation des autres politiques de redistribution mises en oeuvre dans le système.

### **Le revenu et l'emploi**

Le revenu et l'emploi dépendent du degré d'utilisation de la capacité productive de l'économie. Ils sont des facteurs déterminants de la situation économique à un moment donné. La question est de savoir si, à court terme, on bénéficie de ces facteurs autant qu'on le pourrait, et quel sera l'effet du régime d'assurance-maladie sur le niveau de revenu et d'emploi. Même s'il sera favorable, l'effet du régime sur l'utilisation des ressources matérielles et humaines du Québec ne pourra pas être important dans l'immédiat.

La maladie a un effet défavorable sur la demande globale de biens et de services, parce que le malade dispose d'un revenu diminué. Elle a aussi un effet défavorable sur l'utilisation des facteurs de production qu'elle immobilise, causant par là de sérieuses pertes économiques<sup>1</sup>. Dans la mesure où le régime d'assurance-maladie contribuera à réduire l'absentéisme, l'incapacité totale ou partielle, et même la mort prématurée, dans la même mesure il aura un effet favorable sur la demande globale de biens et de services et sur l'utilisation des ressources. Toutefois, cet effet se fera sentir surtout après quelques années. Il semble même qu'il ne faille pas s'attendre à des gains sensationnels. On a constaté, chez certains groupes qui ont joui d'un régime d'assurance-maladie depuis nombre d'années, que l'absentéisme s'était stabilisé à un niveau assez élevé<sup>2</sup>.

1. Pour une quantification des pertes économiques causées par la morbidité, voir B. A. Weisbrod : *Economics of Public Health*, Philadelphia, 1961.

2. I. J. Goffman : *Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada*, Kingston, 1965, pp. 61-2.

Par sa répercussion favorable sur la capacité productive de l'économie, l'assurance-maladie constitue, dans une certaine mesure, un investissement et contribue à la croissance économique.

### **L'épargne**

Avant d'examiner l'assurance-maladie en tant qu'investissement et d'évaluer ses effets favorables sur la croissance économique à long terme, il convient de considérer son impact immédiat sur le niveau de l'épargne.

En accroissant le volume des dépenses de consommation médicale et en produisant un transfert réel des revenus élevés aux revenus faibles, l'assurance-maladie est susceptible d'avoir un effet défavorable sur l'épargne. Si l'assurance-maladie avait pour effet de réduire le taux d'épargne future et, conséquemment, les fonds destinés aux investissements privés, il en résulterait un effet défavorable sur le taux de croissance économique.

Disons d'abord que, à la suite de l'assurance-maladie, le changement dans le volume de la consommation médicale sera relativement faible et que l'effet de redistribution, comme nous l'avons vu, est difficile à préciser. Quant à l'effet défavorable sur l'épargne, s'il en est un, il sera plutôt faible. De plus, lié surtout aux changements qu'entraîne l'assurance-maladie dans la consommation ou la répartition des ressources, cet effet produirait son impact à court terme.

Dans le cas de mesures de sécurité sociale financées par des déductions à la source, il convient de souligner que ces épargnes semblent plutôt insensibles aux changements dans les revenus. En effet, le peu de renseignements dont nous disposons sur l'effet des mesures de sécurité sociale sur le taux d'épargne indique que, dans le cas du régime national de rentes <sup>1</sup>, le tout s'est soldé aux États-Unis par une augmentation de l'épargne totale d'un montant égal aux contributions des employeurs et des employés <sup>2</sup>.

### **La croissance économique**

Jusqu'ici, nous avons surtout analysé l'assurance-maladie en tant que dépense de consommation, ainsi que les effets économiques qu'elle pourrait avoir sur une courte période. L'assurance-maladie possède également un caractère d'investissement à long terme. En tant qu'investissement dans le capital humain, elle aura, en longue période, des répercussions favorables importantes sur la croissance économique et pourra influencer profondément la relation entre le progrès économique et le progrès social.

1. *U. S. Social Security Act.*

2. Philip Cagan : *The Effects of Pension Plans on Aggregate Saving : Evidence from a Sample Survey*, New-York, 1965.

Le caractère d'investissement dans le capital humain des dépenses au secteur de la santé a été souligné au premier et au second chapitre du présent volume. À ce point de vue, le niveau de santé fait partie, avec le niveau d'éducation, la qualité de la formation professionnelle et même la nature des loisirs, d'un ensemble de facteurs qui influent sur la qualité du travail et sur le taux de croissance de la productivité. De plus, les progrès réalisés dans la consommation des soins, qui sont d'ailleurs à l'origine de la baisse des taux de mortalité et de morbidité, agissent directement sur le volume de la main-d'œuvre disponible à long terme.

Bien que les effets de stimulation et les liens de complémentarité et d'interdépendance des diverses mesures propres à accélérer le progrès technique ou à améliorer la productivité du travailleur soient encore mal identifiés, la relation qui existe entre le niveau des dépenses de santé et d'éducation et la croissance économique est aujourd'hui clairement établie. Tantôt, elle est mise en lumière par les difficultés inhérentes au progrès économique des pays en voie de développement; tantôt, elle explique la situation des régions défavorisées et marginales au sein de pays économiquement forts; tantôt, enfin, elle se vérifie par les calculs comparatifs des rendements de l'investissement dans le capital humain et physique dans les pays à haute intensité technique.

En comparant la croissance économique des pays en voie de développement à celle des pays nord-américains ou européens, on se rend vite compte que l'investissement massif dans le capital physique et le volume de la main-d'œuvre permet chez les premiers une croissance bien inférieure à celle que connaissent les seconds. De là, ressort l'importance du savoir-faire, de la technique, de la santé et de l'état d'esprit du travailleur ainsi que de certains facteurs liés à l'entrepreneur.

L'expérience des pays en voie de développement a montré que les investissements dans le domaine de la production des biens matériels étaient insuffisants à assurer la croissance lorsque l'environnement humain laissait à désirer. Les dépenses de santé et de formation professionnelle laissées à la charge de l'État permettent d'accroître la production matérielle et apparaissent comme des coûts indispensables de cette production. La rentabilité des entreprises n'est assurée que lorsque cet environnement social est satisfait<sup>1</sup>.

Dans les pays qui connaissent des taux de croissance satisfaisants, on observe, par contre, certaines régions dont le sous-développement par rapport à l'ensemble s'explique, en définitive, par la concentration d'une main-d'œuvre moins intéressante sous l'angle de sa compétence professionnelle et de son niveau de santé.

De plus, quelles que soient les circonstances qui entourent le développement des économies, on a pu estimer à l'heure actuelle que

---

1. Fruit : « Économie et médecine », *Le Médecin du Québec*, vol. II, No 1, janvier 1967.

l'investissement dans les ressources humaines produit des rendements plus élevés que l'investissement dans le capital technique. Les études empiriques sur les rendements abondent dans le domaine de l'économie de l'éducation. Elles sont moins nombreuses dans le domaine de la santé, mais elles conduisent aux mêmes conclusions<sup>1</sup>.

Enfin, quand on considère l'investissement dans les mesures complémentaires, telles que la formation du personnel, le capital physique social et la recherche scientifique, on se rend compte que l'ensemble de ces dépenses tend, à long terme, à accroître le rythme des innovations et du progrès technique. C'est là un domaine aux économies externes élevées qui relève naturellement de la sphère gouvernementale. Sans l'action des gouvernements, ces dépenses ne pourraient s'effectuer qu'à un niveau très inférieur au niveau désirable.

Il est certain que, lorsqu'on met en parallèle la possibilité d'effets défavorables à court terme de l'assurance-maladie sur l'épargne et le volume des investissements et son aspect d'investissement dans le capital humain, il peut subsister quelques doutes quant à son effet net sur la croissance économique. Mais ces doutes disparaissent quand on considère que l'assurance-maladie est essentiellement une politique à long terme, et que l'investissement dans le capital humain comporte un taux de rendement élevé.

La prévision d'un effet net favorable de l'assurance-maladie sur la croissance économique est clairement exprimée dans les conclusions que T. M. Brown formule à partir de son étude sur la croissance économique canadienne (p. 191) :

Finally an increased volume of health services would stimulate economic growth. It would do this primarily through its expansion of demand. But it would also increase growth, and hence the standard of living through its effect on supply.

### **La qualité de la vie économique**

L'instauration d'un régime d'assurance-maladie ne peut être considérée comme étant totalement un investissement dans le capital humain. En fait, une partie des dépenses d'assurance-maladie va constituer des dépenses de consommation tendant à augmenter le bien-être de certaines couches de la population. Il peut y avoir conflit entre l'augmentation de la croissance, ou du bien-être des générations futures, et l'optimisation de la distribution présente des revenus. Pour autant que l'assurance-maladie est un facteur de réduction d'insécurité qui contribue à augmenter la consommation de la génération présente, elle révèle une certaine impatience qui peut se

---

1. Conseil économique du Canada : *Second exposé*, 1965 ; S. J. Muskin : « Health as an investment », *Journal of Political Economy*, octobre 1962.

traduire par une réduction du taux de croissance et, en conséquence, elle tend à redistribuer le bien-être des générations futures à la génération présente.

Cette amélioration du bien-être est synonyme d'une amélioration de la « qualité<sup>1</sup> » de la vie sociale et économique. En vérité, un des effets immédiats de l'assurance-maladie, considérée comme une dépense de consommation, sera d'accroître la sécurité économique.

Nous constatons donc que la distinction entre les aspects de consommation et d'investissement de l'assurance-maladie est parfois difficile mais importante. En même temps que cette distinction situe les effets à court terme du transfert ou de l'accroissement de la consommation sur les prix, l'épargne et la qualité de la vie économique, elle permet de percevoir l'importance des effets à long terme sur la croissance économique.

Pour résumer, on peut prévoir que le régime d'assurance-maladie aura un effet favorable sur le revenu et l'emploi, qu'il n'aura pas d'effet sur le niveau général des prix et qu'il tendra à redistribuer le revenu d'une manière limitée. On peut ajouter que le régime aura un effet favorable sur le taux de croissance économique et qu'il augmentera certainement la qualité de la vie sociale au Québec.

#### LES AJUSTEMENTS SECTORIELS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les considérations que nous avons faites jusqu'ici au sujet des effets économiques favorables du régime québécois d'assurance-maladie étaient appuyées sur l'hypothèse que le régime sera accompagné des mesures nécessaires sur le plan des investissements et de la planification des ressources dans le domaine de la santé. Nous avons souligné, au second chapitre, que l'assurance-maladie favorise la consommation des soins et devient un instrument de la politique globale de santé. En effet, en même temps que le régime d'assurance-maladie augmente la demande de soins, il pose la nécessité de « rationaliser » les systèmes de production et de distribution des soins.

#### L'utilisation des soins et des services

L'assurance-maladie aura certes un effet favorable sur la demande de soins. D'abord, le transfert de la demande individuelle à la demande institutionnelle fera reconnaître désormais certains besoins qui n'étaient pas reconnus jusque là faute de ressources. Ensuite, même chez les groupes sociaux qui ne souffrent pas présentement de sous-consommation médicale, l'assurance-maladie peut entraîner une

---

1. Voir Robert Kohn : *The Health of the Canadian People*, Queen's Printer, Ottawa, 1967, surtout le chapitre 7, « More Socio-Economics of Life and Health », pp. 335-357.



demande accrue. Enfin, selon l'éventail des soins couverts, le régime peut entraîner des modifications dans la structure de consommation. Une telle restructuration pourra être bénéfique ou maléfique selon qu'elle aidera à établir une meilleure stratégie de prévention et de guérison, ou qu'elle entraînera une certaine inefficacité dans les systèmes de prévention et de guérison ou dans l'utilisation des effectifs existants.

Ainsi, l'effet favorable de l'assurance-maladie sur la demande de soins se répercute sur le système de production des soins; il impose une rationalisation de ce système, afin que le régime donne lieu à une combinaison optimale de soins.

Toutefois, le régime d'assurance-maladie, considéré isolément, est un facteur marginal dans l'explication de la progression de la consommation et des dépenses de santé.

La plupart des sociétés industrialisées ont connu, au cours des dix ou quinze dernières années, de forts accroissements des dépenses de santé par rapport à l'ensemble de leurs dépenses nationales. Le tableau XI fournit quelques renseignements à ce sujet. Les données révèlent de plus l'existence d'une relation inverse entre le niveau et le rythme de croissance de ces dépenses. Ainsi, les hausses les plus phénoménales, telles que celle enregistrée en France, constituaient, jusqu'à un certain point, des formes de rattrapage par rapport aux niveaux de consommation d'autres pays, notamment de l'Amérique du Nord.

Dans la plupart des pays, on prévoit également que la croissance du domaine de la santé dans l'ensemble de l'activité économique va se poursuivre au cours des années futures. L'évolution des conditions socio-économiques et l'évolution de la médecine sont les facteurs à l'origine de cette croissance. L'influence des facteurs socio-économiques ne se fait pas sentir exclusivement dans le domaine de la santé, mais également dans l'ensemble du secteur des services collectifs et privés. Cette tendance confirme une loi économique générale selon laquelle, à mesure que le revenu du consommateur s'élève, sa préférence se déplace de l'alimentation vers les produits manufacturés et les services.

Le second facteur, le progrès scientifique ou les changements technologiques rapides du domaine de la santé, entraîne un élargissement de la notion de besoin et une transformation continue des services de santé.

On constate ainsi que les variables explicatives les plus importantes de la progression dans la consommation de soins — influence des facteurs socio-économiques et transformation continue des services de santé — exigent elles aussi une rationalisation au niveau de la production des soins. L'influence des facteurs socio-économiques diminue peu à peu le caractère irrégulier, imprévisible et impérieux

que l'on attribuait traditionnellement à la demande de soins, tandis que la transformation des services conduit directement à de nouvelles combinaisons des facteurs de production de la santé.

### **La dispensation des soins et des services**

La croissance dans l'utilisation des soins exige donc, du côté de la production, des ajustements à long terme et à court terme. En l'absence de ces ajustements, par contre, il se produit une hausse des coûts dans ce secteur qui augmente le volume des dépenses et en diminue le rendement réel.

Le meilleur exemple de coûts additionnels associés à un manque d'ajustements dans la dispensation des services nous est fourni par l'assurance-hospitalisation. Il est sans doute difficile de porter un jugement global sur la signification des hausses de coûts enregistrées dans ce domaine, surtout en l'absence d'une évaluation parallèle des progrès dans la qualité des services. Mais il est incontestable qu'il y a eu accroissement trop rapide du coût par unité d'un service donné.

De même, il est difficile de comprendre, par exemple, comment il se fait que les taux d'augmentation des dépenses pharmaceutiques aient pu s'élever à 5 pour cent en Angleterre et à 40 pour cent en France entre 1961 et 1963. L'écart ne peut s'expliquer que par une différence fondamentale dans le système de distribution.

À long terme, il s'agit de prévoir des ressources humaines et physiques additionnelles. Le facteur humain tient une place prépondérante dans la production des services de santé. Les disciplines auxquelles on fait appel pour traiter la maladie sont de plus en plus spécialisées et variées. À moins d'une planification à long terme, il sera impossible d'augmenter un personnel aussi spécialisé à un rythme qui est exigé à la fois par la pénurie actuelle et par une croissance des besoins. La rareté de ce personnel entraîne des coûts masqués : elle hausse, par exemple, le coût du capital technique, alors sous-utilisé.

À court terme, les ajustements à la hausse de la demande de soins doivent se traduire par des gains de productivité. Ceux-ci proviennent soit de la technologie, soit d'une meilleure utilisation des facteurs de production, c'est-à-dire de ce que nous sommes convenus d'appeler la « rationalisation » des systèmes de production et de distribution.

Certaines circonstances, liées à l'évolution rapide du progrès technologique, font que les ressources ne sont pas toujours utilisées efficacement dans le domaine de la santé. La rationalisation exige que le capital technique à prix élevé soit pleinement utilisé. Le cloisonnement entre les systèmes de distribution — soins hospitaliers, soins médicaux, soins préventifs — le cloisonnement entre les pro-

fessions, et la pratique libérale de ces professions sont autant de facteurs qui empêchent une utilisation maximale du capital technique.

C'est donc en assortissant le régime d'assurance-maladie des mesures complémentaires qui s'imposent dans la dispensation des soins que nous maximiserons l'intérêt et les efforts sociaux et économiques des dépenses de santé.

Certes, il y a beaucoup à faire dans la voie de l'amélioration de la santé. Cependant, plus une société a un niveau de vie élevé, plus elle se doit d'y consacrer les ressources nécessaires.

## **6. LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES**

Dans toute société moderne, la mise en place d'une mesure de portée sociale aussi considérable qu'un régime d'assurance-maladie exige qu'on accorde une attention particulière à l'établissement des structures qui lui serviront de cadre et, aussi, à l'activité des professionnels ou autres personnes qui œuvreront en son sein. En effet, l'expérience démontre que, une fois établies, les structures revêtent aisément un caractère de permanence. La mise en place de structures bien adaptées aux fins pour lesquelles on les crée permet de prévoir, d'éviter et de résoudre plus facilement les problèmes les plus ardu.

Consciente de ces faits, la Commission est d'avis qu'il serait prématuré, au stade actuel de ses travaux, de préciser dans le détail les structures de l'organisme qui sera chargé d'administrer le régime d'assurance-maladie. La création de cet organisme aura des répercussions sur les structures déjà existantes. En outre, ses relations avec les nouveaux organismes dont il faudra probablement recommander la création dans d'autres secteurs de la santé et les remaniements législatifs appropriés nécessitent des études approfondies. Ces études, qui sont en cours, permettront à la Commission d'énoncer, dans un prochain rapport, des recommandations précises sur ces questions.

Pour l'instant, la Commission désire poser les principes directeurs du système administratif de l'assurance-maladie, dégager les grandes lignes de ses structures et traiter des mesures préliminaires à son instauration.

### **LES PRINCIPES DIRECTEURS : INTÉGRATION ET COORDINATION**

La Commission a déjà montré que l'un des principaux objectifs de l'assurance-maladie sur le plan social est une efficacité maximale du système de dispensation des soins et de fourniture des services et que cet objectif ne peut s'atteindre que par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé<sup>1</sup>.

1. Voir chapitre II.

La Commission a également établi que l'État possède un intérêt direct immédiat dans l'allocation des ressources financières au secteur de la santé afin d'assurer à la population le plus haut niveau de santé. Utilisé de façon optimale, cet investissement évitera la duplication des tâches, le manque de coordination et le retard dans l'évolution des techniques modernes de guérison.

L'instauration d'un régime d'assurance-maladie au Québec offre une occasion unique de constituer le secteur de la santé en un tout intégré qui complétera harmonieusement la politique de bien-être et de sécurité sociale et de favoriser la participation des organismes et des personnes intéressés à ce secteur.

À l'heure actuelle, le domaine des soins curatifs comprend un certain nombre de régimes ou de mesures conçus et appliqués plus ou moins indépendamment les uns des autres : régime de soins hospitaliers, celui des soins psychiatriques, mesures de prévention et de traitement de la tuberculose, régime de soins médicaux et chirurgicaux en faveur des bénéficiaires d'allocations sociales et, enfin, régime des accidents du travail qui dispense l'assistance médicale aux employés accidentés dans l'accomplissement de leur travail ou atteints de maladies professionnelles. Doit-on considérer l'assurance-maladie simplement comme une nouvelle mesure ajoutée à toutes les autres ? Ou bien plutôt, comme partie d'un mécanisme unifié de dispensation des soins ? Selon que l'on accepte l'une ou l'autre de ces hypothèses, les structures administratives recommandées pour l'assurance-maladie différeront.

Aux soins curatifs s'ajoute tout le domaine des soins préventifs, tels que le dépistage et l'hygiène publique. L'interdépendance qui existe entre ces deux types de soins et la nécessité de prévenir la maladie recommandent de coordonner les efforts de ces deux secteurs. On doit considérer l'ensemble des services de santé comme un système unifié propre à assurer à la population le meilleur niveau de santé possible. À l'intérieur de ce système, se retrouvent les divers moyens dont la société dispose pour lutter contre la maladie, tels que les soins hospitaliers, les soins médicaux et les médicaments ou, encore, les services de prévention, d'hygiène publique et d'éducation sanitaire.

Dans le fonctionnement de ce système, l'objectif visé est l'utilisation des divers soins et services selon une combinaison ou dans des proportions permettant d'atteindre, le plus rapidement possible et au moindre coût, le niveau de santé souhaité. Comment y arriver sans une certaine centralisation de la décision et une administration de l'ensemble du système qui permettent de déterminer les agencements relatifs de soins ou de services les plus susceptibles de prévenir la maladie ou d'entraîner une guérison rapide ?

Dans une telle perspective, la Commission est d'avis qu'une intégration complète de l'ensemble des services de santé sous l'autorité ultime du ministre de la Santé est essentielle. Toutefois, afin de tenir

compte de la complexité inhérente à la relation thérapeutique et afin de s'adapter rapidement et sans heurt aux développements technologiques rapides qui se produisent dans le domaine de la santé ainsi qu'aux modifications profondes qui marquent la pratique professionnelle et les relations médecin-malade, le système administratif recommandé pour le régime d'assurance-maladie doit permettre la participation des professions de la santé à son fonctionnement. Il est normal que surgissent, dans le cours des opérations, des problèmes administratifs qu'on ne saurait résoudre sans tenir compte du contexte précis dans lequel ils naissent. À cette fin, une collaboration étroite entre des personnes rompues à la pratique professionnelle et des personnes au fait de l'administration est indispensable. Elle permet à chacune des parties une meilleure compréhension des problèmes concrets que soulève l'administration du régime d'assurance-maladie. Un régime administré uniquement par le gouvernement risquerait de compromettre certains grands principes de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé, alors qu'un régime administré uniquement par les professions de la santé risquerait de ne pas servir pleinement l'intérêt général du public.

Étant donné les avantages d'une participation directe des professions de la santé à l'administration du régime d'assurance-maladie et puisqu'une telle participation ne peut se faire qu'à l'intérieur d'un organisme de gestion jouissant d'une certaine autonomie, la Commission croit qu'un organisme à caractère représentatif, responsable envers le ministre de la Santé, devrait être formé pour administrer le régime d'assurance-maladie.

Si, afin de favoriser la participation des groupes intéressés à la santé, la Commission croit que l'administration du régime d'assurance-maladie doit être soumise de façon moins immédiate à l'autorité du ministre de la Santé que ne le sont les services de prévention, d'hygiène publique et d'éducation sanitaire, elle est, cependant, d'avis que ce régime doit intégrer en son sein tous les régimes de soins curatifs, tels que les soins médicaux et chirurgicaux, les soins hospitaliers et les soins psychiatriques. La complémentarité de ces régimes de soins dans le processus de la guérison ainsi que la nécessité de leur étroite coordination dans la perspective d'une utilisation rationnelle des moyens de recouvrement de la santé requièrent leur intégration sous la même autorité immédiate. La majorité des mémoires soumis à la Commission accordent leur appui total à l'intégration complète des régimes de soins curatifs sous une direction unique.

Les soins psychiatriques, on le constate, sont de plus en plus fréquemment dispensés dans les hôpitaux généraux, et le traitement des maladies mentales requiert la collaboration de nombreuses disciplines. Rien ne peut plus justifier l'isolement dont les ma-

lades mentaux furent si longtemps l'objet par rapport aux autres malades : la tendance actuelle est de considérer la maladie mentale de la même manière que les autres types de maladie. D'ailleurs, les thérapies modernes permettent de guérir rapidement la plupart des affections dites « fonctionnelles ». À notre point de vue, le contrôle efficace de la médication serait favorisé par l'existence d'un mode d'administration unique pour les soins hospitaliers, psychiatriques, médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dispensés à ces malades.

Le même raisonnement s'applique aux soins dispensés aux malades souffrant de tuberculose. Cette maladie maintenant en régression se guérit beaucoup plus facilement depuis la découverte des antibiotiques. Les hôpitaux anciennement affectés au traitement des tuberculeux servent de plus en plus au traitement de malades atteints d'autres maladies. La Commission est d'avis que le régime de soins pour les tuberculeux devrait être intégré au régime d'assurance-maladie.

Ainsi, devant les tendances récentes à l'intégration ou, tout au moins, à la coordination de l'organisation dans le monde des affaires et du gouvernement<sup>1</sup>; devant, aussi, la nécessité de procéder à de nombreux ajustements afin de réaliser une intégration efficace des techniques médicales nouvelles aux services hospitaliers existants<sup>2</sup>; devant, enfin, la rareté de la main-d'œuvre spécialisée et les gains considérables en productivité qui peuvent découler de la spécialisation des fonctions et de la consolidation des procédés, la Commission souscrit entièrement à une intégration complète des régimes de soins curatifs et à leur étroite coordination avec les soins préventifs.

#### LA COMMISSION DE L'ASSURANCE-MALADIE

La quasi-totalité des mémoires soumis à notre Commission, qui se sont prononcés sur les structures administratives du régime d'assurance-maladie, ont recommandé la création d'une commission autonome. De plus, la plupart de ces mémoires suggèrent que cette commission comprenne des représentants du gouvernement, du public et des professions de la santé.

Pour les motifs énoncés plus haut, nous souscrivons au principe d'une commission représentative dont la tâche principale sera de gérer le régime d'assurance-maladie et d'effectuer l'intégration administrative des divers régimes de soins curatifs. Nous endossons égale-

1. *Royal Commission on Government Administration*, Queen's Printer, Regina, Saskatchewan, 1965, pp. 39-41. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, vol. II, p. 203.
2. *Assurance-maladie et affaires de santé*, Paris, 1965, p. 23.

ment l'idée que le gouvernement, le public et les professions de la santé aient des représentants au sein de cet organisme. En effet, la Commission considère indispensable qu'aux représentants du gouvernement et des professions de la santé se joignent des représentants du public comme tel. En tant que consommateur et contribuable, le public peut avoir des intérêts à sauvegarder qui ne correspondent pas en tout point à ceux du gouvernement et des professions de la santé. La Commission croit que l'organisme responsable de l'administration du régime d'assurance-maladie doit être soumis à l'autorité du ministre de la Santé et que le ministre de la Santé doit conserver ses prérogatives en matière de législation, de réglementation, de recherche et de planification ainsi que de financement et de négociation.

L'un des rôles les plus importants de cet organisme sera d'évaluer le bien-fondé des demandes de paiement. Une telle évaluation nécessite une vérification du permis d'exercice du professionnel, de la couverture de l'acte posé, de l'exactitude du montant des honoraires demandés pour cet acte par rapport à l'échelle des tarifs négociée, de la corrélation entre le diagnostic posé et le traitement appliqué, bref de l'admissibilité de la demande de paiement.

L'expérience démontre que, dans l'exercice d'une telle fonction, des cas difficiles à apprécier requièrent une connaissance approfondie et spécialisée de la pratique professionnelle. De tels cas ne peuvent se régler raisonnablement et de façon équitable que par des comités professionnels spécialisés. Aussi favorisons-nous la formation, par la commission de l'assurance-maladie, de comités de médecins-conseils, de pharmaciens-conseils et éventuellement de dentistes-conseils dont la fonction principale sera d'examiner les demandes de paiement présentant certaines difficultés sur le plan professionnel et de décider à leur sujet en dernier ressort.

Quant au contrôle de l'activité des professionnels qui œuvreront dans le cadre du régime d'assurance-maladie, la Commission est d'avis que, du moins au sujet des soins couverts au début, il devra s'exercer par le Bureau provincial de médecine et par le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens de la province de Québec. L'organisme administratif recommandé pour gérer le régime d'assurance-maladie devra donc s'en remettre au Bureau provincial de médecine ou au Bureau de discipline du Collège des pharmaciens dans les cas de doute sur la nécessité préventive ou thérapeutique d'un service ou d'un type de soins assuré, ou encore sur la conformité de l'ensemble de la pratique d'un professionnel, médecin ou pharmacien, aux exigences de la déontologie. Il devra également soumettre au Bureau provincial de médecine ou au Bureau de discipline du Collège des pharmaciens les plaintes des bénéficiaires du régime relatives aux services professionnels rendus. Dans l'un ou

L'autre de ces cas, il appartiendra au Bureau provincial de médecine et au Bureau de discipline du Collège des pharmaciens d'adopter les mesures correctives nécessaires et, le cas échéant, de recommander à la commission de l'assurance-maladie de prendre certaines sanctions financières, telles que le non-paiement des relevés d'honoraires.

La Commission est enfin d'avis que l'organisme chargé de gérer le régime d'assurance-maladie devra également administrer le régime unique d'assistance-maladie recommandé plus haut. La raison en est simple. Étant donné que les assistés sociaux cesseront d'être protégés à l'égard des soins couverts par le régime d'assistance-maladie au fur et à mesure que ces divers soins deviendront couverts par le régime d'assurance-maladie, il va de soi que l'organisme qui administrera le régime d'assurance-maladie répondra également de l'administration du régime d'assistance-maladie. Le contraire créerait une duplication et une dispersion des tâches, et pourrait engendrer des tensions préjudiciables à l'efficacité administrative.

Dans cette optique, la Commission croit que toute extension de la couverture du régime actuel d'assistance médicale aux assistés sociaux à d'autres types de soins ou de services devra s'effectuer par le truchement de la commission de l'assurance-maladie qui l'administrera.

La Commission croit, enfin, nécessaire que cet organisme fasse annuellement au ministre de la Santé un rapport de son activité de l'année précédente et que ce rapport soit immédiatement déposé devant l'Assemblée législative si elle est en session ou, si elle ne l'est pas, qu'il soit déposé dans les quinze jours de l'ouverture de la session suivante.

Voilà donc, esquissées dans leurs grandes lignes, la nature et la structure du système administratif recommandé pour la mise en application du régime d'assurance-maladie ainsi que son orientation première. Un rapport subséquent traitera en détail de la composition et du fonctionnement de la structure recommandée, de sa situation dans l'ensemble des structures régissant le monde de la santé et des principaux problèmes administratifs, juridiques et financiers suscités par l'intégration des divers régimes de soins curatifs et, partant, par l'élaboration des lois uniques d'assurance et d'assistance-maladie. Ce rapport ultérieur analysera également le rôle du ministère de la Santé et ses principales fonctions dans les secteurs de la prévention et de l'hygiène publique ainsi que dans les domaines plus généraux de la législation, de la réglementation, de la recherche et de la planification, du financement et de la négociation.



## Recommandations

La Commission recommande :

- I. 34. *QUE les régimes de soins curatifs, tels que les soins hospitaliers, les soins psychiatriques, les soins aux tuberculeux, les soins médicaux, les médicaments et tous les autres soins ou services qui pourront éventuellement faire partie de la couverture soient intégrés dans le régime d'assurance-maladie.*
- I. 35. *QU'un organisme à caractère représentatif soit créé, sous le nom de « commission de l'assurance-maladie du Québec », pour administrer le régime d'assurance-maladie et procéder à l'intégration administrative des divers régimes de soins curatifs.*
- I. 36. *QUE cette commission soit composée de représentants du gouvernement, du public et des professions de la santé.*
- I. 37. *QUE cette commission soit soumise à l'autorité du ministre de la Santé et que le ministère de la Santé continue à exercer ses prérogatives en matière de législation, de réglementation, de recherche et de planification ainsi que de financement et de négociation.*
- I. 38. *QU'un comité de médecins-conseils, un comité de pharmaciens-conseils et, éventuellement, un comité de dentistes-conseils soient formés au sein de la commission de l'assurance-maladie pour examiner et décider en dernier ressort des cas difficiles d'évaluation du bien-fondé des demandes de paiement.*
- I. 39. *QUE le contrôle de l'activité des professionnels qui œuvreront dans le cadre du régime d'assurance-maladie, du moins en ce qui a trait aux soins couverts au début, soit exercé par le Bureau provincial de médecine et par le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens de la province de Québec.*
- I. 40. *QUE la Commission de l'assurance-maladie soumette au Bureau provincial de médecine ou au Bureau de discipline du Collège des pharmaciens :*
  - a) *les cas où un doute existe sur la nécessité préventive ou thérapeutique d'un service ou d'un type de soins assuré, ou sur la conformité de la*

- pratique d'un professionnel, médecin ou pharmacien, aux exigences de la déontologie; et*
- b) *les plaintes des bénéficiaires du régime relatives aux services professionnels rendus.*

- I. 41. *QUE, dans l'un ou l'autre de ces cas, le Bureau provincial de médecine et le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens adoptent les mesures correctives nécessaires et, le cas échéant, recommandent à la commission de l'assurance-maladie de prendre certaines sanctions financières, telles que le non-paiement des relevés d'honoraires.*
- I. 42. *QUE cette commission soit responsable de l'administration du régime unique d'assistance-maladie recommandé.*
- I. 43. *QUE toute extension de la couverture du régime actuel d'assistance médicale aux assistés sociaux à d'autres types de soins ou de services soit administrée par la commission de l'assurance-maladie.*
- I. 44. *QUE la commission de l'assurance-maladie fasse annuellement au ministre de la Santé un rapport de son activité de l'année précédente et que ce rapport soit immédiatement déposé devant l'Assemblée législative si elle est en session ou, si elle ne l'est pas, qu'il soit déposé dans les quinze jours de l'ouverture de la session suivante.*

#### LE COMITÉ CHARGÉ D'ÉTABLIR LE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE

Compte tenu des considérations que contient le chapitre VIII du présent rapport et du court délai avant que ne débute l'administration du régime d'assurance-maladie par l'organisme administratif dont nous venons d'esquisser l'orientation et les grandes lignes, il est nécessaire de former, le plus tôt possible, un comité temporaire ayant pour mission principale de collaborer à la préparation de la législation et de mettre en place les mécanismes essentiels à la gestion du régime d'assurance-maladie.

Ce comité temporaire devra être remplacé par l'organisme permanent recommandé, soit la commission d'assurance-maladie, dès qu'il sera créé. Dans cette perspective, il est de la plus haute importance que ce comité soit constitué conformément aux principes directeurs énoncés plus haut. Étant donné la couverture initiale

recommandée pour le régime d'assurance-maladie, la Commission est d'avis que, sur le plan de la représentativité, ce comité devrait se composer de sept membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil :

- deux de ces membres devraient être nommés sur la recommandation respective de l'association syndicale représentant les omnipraticiens du Québec et de celle qui représente les médecins spécialistes du Québec;

- un autre devrait être nommé sur la recommandation des associations syndicales représentant les pharmaciens d'officines et les pharmaciens d'hôpitaux ou, à défaut par elles de s'entendre, après consultation avec ces associations; et

- de plus, deux autres membres devraient être nommés après consultation avec les organismes les plus représentatifs du public.

La Commission est d'avis, en outre, que le lieutenant-gouverneur en conseil devrait désigner un président parmi les membres de ce comité. Celui-ci agirait comme principal officier exécutif et consacrerait tout son temps à l'exercice de ses fonctions.

De l'avis des commissaires, les fonctions principales de ce comité seraient les suivantes.

#### **L'identification des bénéficiaires**

L'établissement du régime d'assurance-maladie nécessitera des opérations administratives nombreuses et complexes qui s'appliqueront à l'ensemble de la population du Québec. Il sera nécessaire d'utiliser un ordinateur électronique à très grande capacité ainsi que les techniques les plus modernes pour l'exécution de ces opérations, si l'on veut qu'elles s'effectuent rapidement, au moindre coût et avec un minimum d'erreurs.

Il est difficile, toutefois, d'imaginer une mécanisation complète et efficace de ces opérations si les bénéficiaires ne sont pas indentifiés par un numéro. La numérotation devrait s'étendre non seulement aux cotisants ou, encore, aux chefs de famille, mais à chacun des bénéficiaires. Il peut être très utile et même nécessaire, pour des fins statistiques ou administratives, de relier chaque type de soins dispensé à un individu donné.

De l'avis de la Commission, il y aurait un avantage marqué à adopter, pour les fins de l'assurance-maladie, un système de numérotation déjà établi plutôt que d'en organiser un nouveau. Dans cette optique, la Commission désire souligner que deux possibilités existent. On pourrait songer à employer soit le numéro d'assurance sociale déjà utilisé par la Régie des rentes du Québec, soit le code d'identification que le ministère de la Famille et du Bien-être social est sur le point d'utiliser pour les bénéficiaires de l'ensemble de ses program-

mes d'allocations. Dans l'un ou l'autre cas, le système retenu devrait toutefois être complété de façon à s'étendre à l'ensemble de la population. Les bénéficiaires du régime n'auraient qu'à s'enregistrer auprès du comité et à lui fournir leur numéro d'assurance sociale ou d'assignation du ministère de la Famille et du Bien-être social. Ce numéro serait inscrit sur la carte les identifiant comme bénéficiaires du régime.

### **L'élaboration des programmes statistiques**

Aux yeux de la Commission, la détermination des programmes statistiques appropriés et leur mécanisation complète constituent un élément préalable tout à fait essentiel au bon fonctionnement du régime d'assurance-maladie. Le comité chargé d'établir ce régime aura donc pour fonctions principales :

- d'engager un personnel compétent et suffisant;
- d'élaborer les programmes statistiques, tant sur les plans administratif et financier que sur les plans plus proprement médicaux, tels que l'utilisation des soins et l'exercice des professions;
- de codifier la nomenclature des actes;
- de préparer un fichier des médecins contenant certaines statistiques vitales, telles que leur âge, leur spécialité, leur type de pratique, la région où ils exercent;
- de préparer les cartes de relevés d'honoraires en fonction des données dont il juge la cueillette nécessaire aux fins des programmes statistiques;
- de voir à l'impression des tarifs et des cartes de relevés d'honoraires ainsi que de toute l'information nécessitée par la mise en application du régime;
- de déterminer des périodes précises pour l'enregistrement des bénéficiaires du régime; et
- de maintenir, tout au long de son travail, les liaisons nécessaires avec les ministères et d'autres organismes du gouvernement.

La Commission désire attirer l'attention, en dernier lieu, sur l'énorme quantité de travail que comporte l'accomplissement de toutes ces tâches et sur les problèmes considérables auxquels ce comité temporaire aura à faire face au cours de son travail.

### **Les délais pour la formation du comité**

Il a été recommandé plus haut que ce comité temporaire soit formé dans les plus brefs délais. La Commission insiste sur l'importance de cette recommandation. Elle considère, en effet, que le comité temporaire aura besoin de tout le temps qui s'écoulera d'ici la mise en application du régime pour trouver des locaux qui soient fonctionnels, recruter un personnel compétent, acquérir le mobilier,

la machinerie et les fournitures nécessaires à ses opérations et, enfin, s'acquitter efficacement de ses multiples tâches. Aussi, est-elle d'avis que chaque journée de retard dans la formation de ce comité risque de compromettre la mission extrêmement complexe et délicate qui lui sera confiée.

#### **L'information nécessaire au travail du comité**

De l'avis de la Commission, il est de la plus haute importance que le gouvernement renseigne le plus tôt possible ce comité temporaire sur les modalités du régime d'assurance-maladie qu'il désire établir et lui donne un mandat en conséquence. Il s'agit là d'une exigence essentielle au fonctionnement efficace du comité.

#### **Le traitement des données**

À n'en pas douter, le traitement des données est la question la plus délicate et la plus importante à laquelle aura à faire face le comité temporaire chargé d'établir le régime d'assurance-maladie. L'importance que revêtent l'élaboration des programmes statistiques et le traitement des données, lors de l'instauration d'un régime d'assurance-maladie, a précédemment été démontrée. Vu que le centre de mécanographie du gouvernement du Québec peut ne pas être en mesure de s'acquitter de cette tâche dans le temps requis, à cause de ses engagements antérieurs, la Commission est d'avis que le comité temporaire devrait avoir l'autorisation de retenir les services d'un organisme privé.

D'une façon générale, la Commission croit, enfin, que le gouvernement devrait prendre toutes les mesures nécessaires pour accélérer le recrutement du personnel et l'acquisition du matériel.

### **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 45. QU'un comité temporaire soit formé, dans les plus brefs délais, pour collaborer à la préparation de la législation et mettre en place les mécanismes essentiels à la gestion du régime d'assurance-maladie.*
- I. 46. QUE ce comité temporaire soit remplacé par l'organisme permanent recommandé, soit la commission de l'assurance-maladie du Québec, dès qu'il sera créé.*
- I. 47. QUE ce comité soit constitué conformément aux principes directeurs précédemment énoncés.*

- I. 48. *QUE ce comité se compose de sept membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil.*
- I. 49. *QUE deux de ces membres soient nommés sur la recommandation respective de l'association syndicale représentant les omnipraticiens du Québec et de celle qui représente les médecins spécialistes du Québec.*
- I. 50. *QU'un autre membre soit nommé sur la recommandation des associations représentant les pharmaciens d'officines et les pharmaciens d'hôpitaux ou, à défaut par elles de s'entendre, après consultation avec ces associations.*
- I. 51. *QUE deux autres membres soient nommés après consultation avec les organismes les plus représentatifs du public.*
- I. 52. *QUE le lieutenant-gouverneur en conseil désigne, parmi les membres de ce comité, un président qui agisse comme principal officier exécutif et consacre tout son temps à l'exercice de ses fonctions.*
- I. 53. *QUE ce comité prenne des mesures pour que chacun des bénéficiaires du régime d'assurance-maladie soit identifié par un numéro.*
- I. 54. *QU'à cette fin, le numéro soit le numéro d'assurance sociale déjà utilisé par la Régie des rentes du Québec ou le numéro d'assignation du ministère de la Famille ou du Bien-être social.*
- I. 55. *QUE ce comité élabore les programmes statistiques nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie, procède à leur entière mécanisation et s'acquitte de toutes les autres tâches nécessaires à l'établissement du régime.*
- I. 56. *QUE le gouvernement renseigne ce comité le plus tôt possible sur les modalités du régime d'assurance-maladie qu'il désire établir et lui donne un mandat en conséquence.*

## **IV**

---

### **La négociation dans le cadre de l'assurance-maladie**





## La négociation dans le cadre de l'assurance-maladie

À l'heure actuelle au Québec, l'organisation professionnelle est caractérisée, particulièrement dans le domaine de la santé, par l'émergence d'organismes de type proprement syndical qui se constituent parallèlement aux corporations professionnelles.

L'acceptation, par un grand nombre de professionnels, de la formule syndicale résulte du fait que, dans nombre de cas, l'intérêt public a commandé aux corporations professionnelles de se tenir à l'écart d'un conflit possible entre le bien commun et l'intérêt particulier de leurs membres, faisant ainsi apparaître la nécessité d'organismes syndicaux qui agiraient comme instruments de défense et de représentation des membres de ces corporations. Ainsi, nous avons assisté, depuis quelques années, à la naissance de syndicats de « professionnels » qui protègent l'intérêt collectif de leurs membres, rôle que les corporations professionnelles ne sauraient remplir sans mettre en péril leur vocation première qui est de protéger le public et de promouvoir le bien commun.

Les sphères propres d'activité de l'organisme syndical et de la corporation professionnelle ont été récemment décrites comme il suit :

Le syndicalisme est un mouvement qui, par sa définition même, est voué à la défense des intérêts de ses membres ; attachés d'abord à la défense des intérêts de leurs membres, les syndicats en oublieront parfois l'intérêt public.

Au contraire, les corporations professionnelles sont d'abord créées pour la recherche et la défense de l'intérêt public ; en se vouant aux questions d'intérêt public, les corporations professionnelles risqueront d'oublier les intérêts plus immédiats de leurs membres <sup>1</sup>.

Pourtant, dans certains milieux, une équivoque persiste. On se demande encore quel est le champ d'action respectif de la corporation et du syndicat et lequel de ces organismes est le véritable porte-parole de la profession. Un tel état de choses ne surprend pas outre mesure puisque, comme l'a rappelé M<sup>e</sup> Jules Deschênes : « Corporations et syndicats sont formés des mêmes membres et, dans leur domaine respectif, visent au mieux-être de leurs membres et de la société <sup>2</sup>. »

Face à l'établissement du régime d'assurance-maladie, il importe quand même de tracer clairement la ligne de démarcation entre les rôles, les pouvoirs, les fins et les champs d'activité respectifs des corporations et des syndicats.

En effet, le régime d'assurance-maladie étant susceptible d'influencer l'activité des professionnels de la santé, rien de plus normal qu'ils interviennent, par l'entremise de leurs divers organismes représentatifs, dans sa mise en place. Ils veulent ainsi assurer la

1. Me Jules Deschênes : « Les professionnels dans le Québec contemporain », *Revue du Barreau*, 1967, pp. 69-80.

2. *Id.*, *ibid.*

protection de leurs intérêts légitimes, tant sur le plan des exigences permanentes de l'exercice même des professions, telles que le contrôle de l'activité professionnelle, la liberté thérapeutique, le secret professionnel, la liberté de fournir des services et le droit de se désengager du régime, que sur le plan des conditions d'exercice à plus court terme, comme la détermination d'un tarif d'honoraires ou de tout autre mode de rémunération et les conditions de travail immédiates.

Toutefois, on se demande à qui, des corporations professionnelles ou des syndicats, revient le droit de négocier avec l'État ces conditions d'exercice; et toutes ces conditions, à long terme comme à court terme, sont-elles sujettes à négociation de la même façon ? Pour répondre à ces questions, rien de mieux qu'un examen de la compétence respective des corporations professionnelles et des organismes syndicaux.

### **LA COMPÉTENCE DES CORPORATIONS PROFESSIONNELLES ET DES SYNDICATS**

La compétence respective de la corporation professionnelle et de l'organisme syndical dépend, premièrement, de leur caractère représentatif et, deuxièmement, de leur objet et de leurs pouvoirs respectifs.

#### **LE CARACTÈRE REPRÉSENTATIF DES ORGANISMES**

La poussée récente du syndicalisme chez les salariés exerçant certaines professions libérales, notamment les ingénieurs, a nécessité, en quelque sorte, la délimitation des fonctions respectives de la corporation professionnelle et de l'organisme syndical, de façon à rendre possible leur « coexistence »<sup>1</sup>. À la corporation il appartient, dit-on généralement, de régir, dans l'intérêt du public, l'exercice de la profession; tandis qu'à l'organisme syndical il appartient de revendiquer, en faveur d'un groupe plus ou moins étendu de ses membres, de meilleures conditions de travail.

Il ne semble donc pas que la corporation professionnelle soit l'organisme qui puisse le mieux représenter ceux de ses membres qui sont des salariés, à l'occasion de la négociation collective de leurs conditions de travail. Il y a à cela plusieurs raisons, dont les principales sont, à notre avis, les suivantes :

a) L'appartenance à la corporation est obligatoire pour qui veut exercer la profession qu'elle régit. Cette obligation empêche cette dernière de satisfaire au principe fondamental de la liberté

---

1. Fernand Morin : « Corporations et syndicats : les chances d'une coexistence pacifique », *Relations*, mai 1964, p. 144.

syndicale qu'énonce l'article 3 du *Code du travail* <sup>1</sup>. Partant, la corporation ne peut prétendre être une « association de salariés » aux termes de cette loi, ni donc être agréée.

b) L'appartenance à la corporation étant obligatoire, celle-ci peut grouper à la fois des salariés, des employeurs et des praticiens indépendants. Pour cette raison même, du moins si les membres des deux dernières catégories sont en nombre suffisant, ce qui est ordinairement le cas, la corporation ne peut prétendre, en droit, être une « association de salariés », selon le *Code du travail*.

c) Cette composition tripartite de la corporation rend également impraticable toute fonction de représentation que la corporation voudrait assumer pour le compte de ses seuls membres salariés. D'une part, s'il s'agit de négociations entre ces salariés et d'autres membres de la corporation qui les emploient, le conflit d'intérêt est manifeste. D'autre part, si l'employeur n'est pas membre de la corporation, les membres non salariés de celle-ci verront d'un mauvais œil, à la longue, l'affectation de ressources de la corporation à la défense des intérêts propres à cette catégorie particulière de ses membres que sont les salariés.

d) La corporation se voit conférer, par l'État qui la crée, le pouvoir de contrôler dans l'intérêt public l'admission à l'étude et à l'exercice de la profession qu'elle régit. En théorie du moins, la possibilité existe que cet organisme se serve de ses pouvoirs à mauvais escient et en vienne ainsi à créer une rareté artificielle de ses membres de façon à les faire bénéficier, en longue période, de conditions de travail plus avantageuses.

e) La négociation collective traditionnelle s'effectue le plus souvent par des groupes fonctionnels selon les intérêts particuliers. La corporation, qui régit la profession dans toute l'étendue de la province, ne saurait être aussi efficace que l'organisme syndical au niveau « local ». Ce dernier, en effet, est le plus souvent « décentralisé ».

Si l'on examine les mêmes raisons, dans l'hypothèse, cette fois, non plus de la représentation collective des salariés auprès de certains employeurs, mais de la représentation collective de praticiens indépendants, à l'occasion de négociations avec le gouvernement, dans le contexte d'un exercice professionnel conventionné, on constate :

a) que les deux premières raisons, qui excluent la corporation des associations de salariés <sup>2</sup> au sens du *Code du travail*, ne

1. S. R. Q. 1964, chap. 141.

2. Par « salarié », le Code (art. 1 (m)) entend « une personne qui travaille pour un employeur moyennant rémunération ». Le mode de rémunération n'a donc rien à voir avec la définition de « salarié » prévue au *Code du travail* et le fait d'être rémunérée à l'acte n'empêche pas une personne d'être un « salarié » au sens de ce Code, si elle travaille pour un employeur donné. Dans le présent chapitre, le terme « salarié » est toujours utilisé dans le sens que lui donne le *Code du travail*.

s'appliquent pas ici puisque, par hypothèse, il ne s'agit pas de « salariés »;

b) que la troisième raison, concernant les objections des membres salariés à l'action entreprise par la corporation en faveur des membres non salariés, est négligeable dans la mesure où les non-salariés dominent la profession dont il s'agit;

c) que la quatrième raison — la création possible d'une rareté artificielle des membres de la profession — joue encore, quoique toujours sur le plan théorique;

d) que la cinquième raison ne joue plus car, à la différence de la négociation collective traditionnelle, la détermination des conditions d'exercice de la profession par les non-salariés devrait normalement s'effectuer à l'échelle de toute la province.

En somme, c'est l'absence de la liberté d'adhésion qui fait obstacle au caractère représentatif de la corporation professionnelle. S'il s'agissait de négociations à entreprendre en vertu du *Code du travail*, seul l'organisme syndical pourrait, de ce fait, être considéré comme une « association de salariés ». En dehors de ce cadre, c'est-à-dire, notamment, dans le cas de non-salariés, la libre adhésion des membres ne se présente pas comme un facteur décisif. Elle n'en constitue pas moins un élément favorable à l'établissement du caractère représentatif de l'association à laquelle les membres ont ainsi volontairement adhéré. De plus, l'appartenance à la corporation professionnelle étant obligatoire pour exercer la profession, on pourrait craindre que cet organisme ne subisse pas et ne prenne pas en considération toutes les pressions internes désirables et que, partant, il n'exerce pas toujours avec assez de vigueur ses fonctions de représentation et de revendication.

Au surplus, si les membres d'une corporation professionnelle constituent une classe homogène, celle des praticiens indépendants, l'organisme syndical pourra agir plus librement, semble-t-il, que la corporation. Car la corporation professionnelle, avons-nous dit, groupe obligatoirement, en plus des praticiens indépendants, des membres qui exercent leur profession en tant que salariés. Même si, dans la négociation des professionnels non salariés, la possibilité de ce genre de conflits d'intérêts n'existe pas, puisque le partenaire de négociation est l'État et non des employeurs qui seraient également membres de la corporation, il n'en demeure pas moins que la vocation spécifique de la corporation professionnelle, qui se situe au niveau du bien commun, n'est pas de défendre les intérêts d'une classe particulière de ses membres, les non-salariés. C'est plutôt là le rôle de l'organisme syndical.

### La corporation

L'établissement au Québec d'un régime d'assurance-maladie aura des répercussions sur l'activité des médecins et des autres professionnels de la santé. Aussi, des diverses matières visées par la mise en œuvre d'un tel régime, qui touchent particulièrement l'exercice des professions, isolons celles qui offrent aux corporations professionnelles un intérêt légitime. Étant donné la couverture initiale recommandée pour le régime, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec est l'exemple tout indiqué.

Parmi ces matières, traitons d'abord séparément de l'établissement d'un tarif d'honoraires.

#### a. — L'établissement d'un tarif d'honoraires

La négociation du tarif d'honoraires semble relever essentiellement du domaine de la revendication économique. Ayant elle-même pour fonction de régir l'exercice de la profession dans l'intérêt du public, il s'ensuit que la corporation ne saurait assumer cette fonction de revendication économique en faveur de ses membres, sans qu'il y ait incompatibilité entre ses deux rôles :

... La négociation des questions d'intérêts, des tarifs, des conditions de travail, doit se faire par des groupes fonctionnels, autres que l'Ordre lui-même. En médecine socialisée, ces questions ne doivent pas relever de celui-ci, car il y aurait incompatibilité entre le rôle primordial de protection du public, qui est essentiellement le sien, et celui de la revendication économique pour ses membres. L'autorité et l'intégrité de l'Ordre professionnel en seraient réduites d'autant <sup>1</sup>.

Il est vrai qu'on distingue ainsi généralement les fonctions de l'Ordre et du syndicat : le premier a pour mission d'assurer, dans l'intérêt du public, la qualité de l'exercice de la profession; le second défend, notamment sur le plan de la revendication économique, les intérêts de ses membres. Compte tenu du texte de la Loi médicale, toutefois, ne pourrait-on pas soulever l'objection que le Collège doit également veiller, dans un certain contexte du moins, aux intérêts de l'ensemble de ceux qui exercent la profession qu'il régit ? À titre d'exemple, on lui attribue le pouvoir de faire des règlements « concernant le bon gouvernement et la prospérité de ses membres <sup>2</sup> ... ».

La réponse demeure la même. Puisqu'il s'agit de négociations collectives, il est difficile de concevoir que le Collège puisse à la fois se préoccuper aussi bien de l'intérêt public que de celui de ses membres : alors que l'intérêt de ses membres lui demanderait d'utiliser tous les

1. Jean-Réal Cardin : « Le corps médical et la « nouvelle société » québécoise », *Relations industrielles*, vol. 21, No 1, p. 13.

2. Loi médicale, S. R. Q. 1964, chap. 249, art. 14.

moyens de pression dont il dispose pour obtenir le meilleur tarif possible, l'intérêt public pourrait bien, au même moment, commander la fixation d'un tarif à un niveau plus bas. C'est essentiellement cette raison qui oblige le Collège à s'en tenir à sa fonction de gardien de la qualité de l'exercice de la profession dans l'intérêt général. Quant à la défense des intérêts économiques des médecins, c'est là la fonction de l'organisme syndical. Rappelons que la négociation des tarifs, en France, ressortit aux syndicats, non à l'Ordre, du moins lorsqu'il s'agit de mesures de sécurité sociale :

... Mais un autre domaine lui (c'est-à-dire, au syndicat) est reconnu expressément par la loi. C'est celui des conventions relatives à la médecine sociale et spécialement des tarifications d'honoraires des médecins soignant des assurés sociaux ou des victimes d'accidents du travail <sup>1</sup>.

... La loi reconnaît expressément aux syndicats médicaux de chaque catégorie professionnelle une participation à l'établissement des tarifs d'honoraires et des frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux ; ce sont eux seuls qui, à condition d'être « représentatifs », concluent avec les caisses régionales de sécurité sociale des conventions fixant les honoraires dus pour les soins dispensés aux assurés sociaux <sup>2</sup> ...

Évidemment, faut-il le remarquer, la portée de ce précédent ne peut aucunement être décisive ici puisque, en particulier, les réalités que les termes « syndicats » et « ordre » recouvrent en France et au Québec sont partiellement différentes, le syndicat ayant assumé, dans la profession médicale en France, des fonctions attribuées, au Québec, au Collège. L'Ordre médical, à l'inverse de ce qui s'est produit au Québec, est apparu en France postérieurement au syndicalisme médical <sup>3</sup> et, de plus, est assujéti à une certaine tutelle de l'État.

D'une façon plus immédiate peut-être, on pourrait soulever l'objection que le Bureau provincial de médecine s'est vu attribuer le pouvoir de faire des règlements, notamment « ... pour établir, modifier ou remplacer des tarifs d'honoraires professionnels qui toutefois n'entrent en vigueur que sur l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil et après publication dans la *Gazette officielle de Québec* <sup>4</sup> ».

Il est clair que, dans le contexte de la médecine libérale, cette autorité donnée au Bureau provincial de médecine a pour but non seulement l'établissement de tarifs qui tiennent compte des exigences de l'exercice, mais aussi la protection du public contre l'imposition de tarifs trop élevés.

Dans le contexte de la médecine sociale, cependant, savoir dans les sociétés jouissant d'un régime public d'assurance-maladie, on constate que les médecins et autres professionnels de la santé se groupent

---

1. Jean Savatier : *La Profession libérale*, thèse, 1947, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, p. 103.

2. Verdier : *Les syndicats*, Paris, Dalloz, 1966, p. 158.

3. P. Cibré : « La Coexistence de l'ordre des médecins et des syndicats professionnels médicaux », *Droit social*, 1954, p. 332 ; « Missions et pouvoirs de l'Ordre national des médecins », *Droit social*, 1955, p. 201.

4. Loi médicale, *S. R. Q.* 1964, chap. 249, art. 15.

en syndicats et confient à ces organismes démocratiques et volontaires la défense de leurs intérêts en tant qu'individus et en tant que groupes. Ces organismes de revendication négocient avec l'État les conditions de travail de leurs membres ainsi qu'un tarif d'honoraires valide pour les fins d'une entente et qui lie toutes les parties à cette entente.

Au sujet du pouvoir dévolu au Bureau provincial de médecine d'établir un tarif d'honoraires, il est permis de douter que, au moment de la modification de la Loi médicale pour conférer ce pouvoir au dit Bureau, l'on ait eu à l'esprit l'établissement de tarifs en rapport avec la mise en place d'un régime de sécurité sociale tel un régime d'assurance-maladie. Toutefois, le texte législatif n'établit aucune distinction à cet égard.

Aussi, faut-il retenir l'incompatibilité entre son rôle de protecteur de l'exercice de la profession dans l'intérêt public et son rôle de revendicateur en faveur des médecins pour nier au Collège le droit de se porter interlocuteur direct de l'État à l'occasion de la négociation du tarif d'honoraires.

#### **b. — Les autres matières touchant à l'exercice de la profession**

Parmi les autres matières qui touchent à l'exercice de la profession et qui sont visées par la mise en œuvre d'un régime d'assurance-maladie, il faut mentionner :

- le contrôle de l'activité professionnelle;
- la protection de la liberté de toute personne de s'adresser au médecin de son choix et de la liberté de tout médecin de fournir des services professionnels aux personnes de son choix;
- la conservation de la liberté thérapeutique;
- la conservation du secret professionnel;
- la conservation de la liberté du médecin de se désengager de l'exercice conventionnel.

Or, les pouvoirs suivants énoncés dans la Loi médicale<sup>1</sup> indiquent que le Collège a un intérêt direct en ces matières et que, par conséquent, il devrait pouvoir intervenir lors de leur détermination :

— Il possède un pouvoir réglementaire général « concernant le bon gouvernement et la prospérité du Collège et de ses membres et concernant toutes les matières qui intéressent et affectent ou pourront affecter ou intéresser le Collège<sup>2</sup> ... ». En particulier, ce pouvoir réglementaire s'exerce pour « définir par règlement ce qui constitue les actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité professionnels, un tel règlement devenant en force quinze jours après sa ratification par le lieutenant-gouverneur en conseil<sup>3</sup> ».

1. S. R. Q. 1964, chap. 249.

2. *Ibid.*, art. 14.

3. *Ibid.*, art. 15.

— Il possède un pouvoir disciplinaire. « Le Comité exécutif du Bureau provincial de médecine a le droit de tenir une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline de ses membres ou l'honneur et la dignité de la profession <sup>1</sup>. »

— Plus spécifiquement, il y a lieu de tenir compte de l'article 83 de la Loi médicale qui stipule que le Collège peut établir un système de classification des médecins, comportant notamment « la définition de différentes classes de médecins spécialistes et des qualifications requises de la part du médecin » qui veut appartenir à l'une ou l'autre de ces catégories. On retrouve des pouvoirs à peu près similaires dans la Loi de pharmacie <sup>2</sup> et la Loi des dentistes <sup>3</sup>.

### **L'organisme syndical**

Rappelons, au préalable, que le groupement syndical peut être simplement un groupement *de facto*, non incorporé; ce peut aussi être un organisme doué de la personnalité juridique. Dans ce dernier cas, le syndicat constitue un groupement incorporé soit en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies <sup>4</sup> qui autorise, entre autres, la formation des corporations poursuivant, sans intention de gain pécuniaire, un but « professionnel »; soit en vertu de la Loi des syndicats professionnels <sup>5</sup>, formule qui nous apparaît beaucoup plus adaptée à l'action syndicale. Effectivement, les syndicats qui groupent actuellement les médecins non salariés, omnipraticiens ou spécialistes, les pharmaciens, les dentistes, les optométristes et les autres sont incorporés en vertu de cette dernière Loi. Dans l'hypothèse de syndicats incorporés en vertu de la Loi des syndicats professionnels, examinons donc les prétentions de l'organisme syndical relatives à la détermination du tarif d'honoraires professionnels appliqué à l'exercice conventionné et aux autres matières que soulève l'établissement de cet exercice.

#### **a. — L'établissement du tarif**

Au sujet du syndicat de professionnels salariés, Me Cardin affirme qu'il « représente ses membres quant à leurs intérêts économiques et fonctionnels, en tant qu'ils sont des salariés... sur le plan des relations de travail, intérêts qui ne relèvent pas de la compétence de la corporation <sup>6</sup> ... ».

1. S. R. Q. 1964, art. 61.

2. *Ibid.*, chap. 255.

3. *Ibid.*, chap. 253.

4. *Ibid.*, chap. 271.

5. *Ibid.*, chap. 146.

6. Jean-Réal Cardin : « Réflexions sur nos corporations professionnelles », *Relations industrielles*, 1962, vol. 17, No 3, p. 227.



Examinons, à la lumière de l'énoncé de l'objet et des pouvoirs du syndicat professionnel contenus dans sa loi constitutive, quelles peuvent être les prétentions de cet organisme en rapport avec l'établissement du tarif d'honoraires.

Selon l'article 6 de la Loi, l'objet du syndicat professionnel comprend « l'étude et le développement des intérêts économiques... de (ses) membres ». Cette expression paraît, en soi, assez large pour comprendre la négociation en vue de l'établissement des tarifs d'honoraires des membres du syndicat.

D'ailleurs, la Loi (art. 9, (9)) accorde expressément au syndicat le pouvoir de conclure des conventions ou contrats relatifs à la poursuite de son objet, et elle spécifie celui de conclure des contrats ou conventions visant les « conditions collectives du travail ». Les honoraires se rattachent de façon immédiate à l'exécution du travail. L'établissement d'un tarif régissant les honoraires de l'ensemble des membres du syndicat serait donc une de ces « conditions collectives du travail » contenues dans l'entente collective que peut conclure le syndicat.

La négociation du tarif d'honoraires paraît donc, dans le contexte de la médecine sociale, entrer sans difficulté dans le champ de l'objet et des pouvoirs du syndicat.

#### **b. — Les autres matières touchant à l'exercice de la profession**

La situation se complique davantage, cependant, au sujet des autres matières que vise la mise en œuvre d'un régime d'assurance-maladie et dont nous avons pris connaissance en examinant les pouvoirs et objets de la corporation.

Quelle serait, cette fois, la compétence juridique de l'organisme syndical relativement à ces « autres matières », compte tenu de l'objet du syndicat et des pouvoirs que lui confère son incorporation en vertu de la Loi des syndicats professionnels ?

Toujours selon l'article 6 de la Loi, les syndicats professionnels, outre l'étude et le développement des intérêts économiques de leurs membres, ont « exclusivement pour objet l'étude et le développement des intérêts sociaux et moraux de leurs membres ». Cette dernière expression, « les intérêts sociaux et moraux », permet-elle au syndicat de négocier ou, à tout le moins, d'intervenir au sujet de ces autres matières (contrôle de l'activité professionnelle, secret professionnel, liberté thérapeutique, option de désengagement et liberté de fournir des services) nécessairement en cause lors de l'établissement d'un régime de sécurité sociale tel que celui de l'assurance-maladie ?

Il faut donc nous enquérir des limites que connaît l'objet du syndicat, dans la mesure où il met en cause « l'étude et le développement des intérêts sociaux et moraux de (ses) membres ». À cet égard,

l'examen des pouvoirs que la Loi confère au syndicat peut être révélateur, puisque celui-ci doit être en mesure de poursuivre sans difficulté l'objet que lui définit le législateur.

Dans cette optique, nous constatons que l'énumération des pouvoirs du syndicat, que donne la Loi, incite, tantôt à interpréter de façon restrictive cet aspect de l'objet du syndicat, tantôt, au contraire, à lui prêter une large portée. En effet, bon nombre des pouvoirs que possède le syndicat concernent le bien-être immédiat de ses membres. En revanche, le pouvoir, notamment, d'intenter l'action syndicale à but professionnel (art. 9, (10)), c'est-à-dire d'« exercer devant toute Cour de justice tous les droits appartenant (aux membres du syndicat), relativement aux faits portant un préjudice à l'intérêt de la profession qu'il représente », suppose, selon Me Marie-Louis Beaulieu, « que le syndicat est l'organe de la profession, bien qu'il ne la représente pas dans son entier à cause de la liberté syndicale <sup>1</sup> ».

Toutefois, avec cet auteur, il convient d'observer que, en dépit de sa présence dans ce texte de loi, « cette action n'est pas dans nos mœurs syndicales <sup>2</sup> ». Il n'y a pas lieu de se surprendre de cette constatation, car elle est une importation fragmentaire du droit français, qui conçoit souvent les fonctions de l'organisme syndical de façon différente, si on le compare à la législation du Québec.

Selon, évidemment, que l'on accorde un sens étendu ou restreint à cet aspect de l'objet du syndicat qu'est « l'étude et le développement des intérêts sociaux et moraux », on admet ou on conteste que ces autres matières mises en cause par l'établissement d'un régime d'assurance-maladie fassent l'objet des préoccupations légitimes du syndicat.

Aux yeux de la Commission, l'expression « les intérêts sociaux et moraux », contenue à l'article 6 de la Loi des syndicats professionnels, doit s'interpréter en tenant compte du contexte dans lequel se trouve chaque syndicat professionnel. Ainsi, la portée de cette expression doit nécessairement varier, selon qu'il s'agit de syndicats de professionnels qui ont comme contrepartie des corporations ayant reçu de l'État le pouvoir de régir la profession dans l'intérêt du public et de s'assurer de la bonne qualité des services fournis par ses membres, ou de syndicats professionnels groupant des individus non formés en corporations professionnelles.

Dans un domaine comme celui de la santé, où syndicats et corporations professionnelles coexistent, il semble que les deux types d'organismes, différents pour des motifs que leur vocation respective explique, ont autant l'un que l'autre intérêt à intervenir pour s'assurer que la mise en œuvre du régime d'assurance-maladie n'altérera pas

---

1. *Revue du Barreau*, 1963, p. 137.

2. *Ibid.*

des principes ou des pratiques susceptibles d'influencer profondément aussi bien l'exercice des professions, et, partant, la qualité des services fournis, que le contrôle de l'activité professionnelle, la liberté thérapeutique, le secret professionnel, la liberté de dispenser les soins et l'option de désengagement.

Étant donné, toutefois, que ces matières ou principes constituent pour la plupart des conditions d'exercice à long terme, surtout si on les compare aux conditions économiques plus immédiates, telles que les dispositions tarifaires et les conditions de travail qui s'y rattachent; étant donné qu'il est souhaitable que les dispositions relatives aux tarifs et aux conditions de travail plus immédiates puissent être revisées à des intervalles relativement courts, sans pour autant qu'il soit nécessaire à chaque fois de reviser les principes ou conditions d'exercice à plus long terme; étant donné qu'il n'est pas désirable que les corporations professionnelles interviennent, pour quelque motif que ce soit, au cours des négociations nécessitées par l'établissement du régime d'assurance-maladie; et étant donné, enfin, qu'il n'est pas davantage souhaitable, pour les raisons énumérées précédemment, que les syndicats négocient relativement à ces principes fondamentaux, la Commission est d'avis que toutes ces matières et principes, qui constituent des conditions d'exercice à long terme, devraient être définies dans le corps même de la législation relative à l'assurance-maladie. Cette législation ne devrait pas être adoptée de façon définitive, toutefois, sans que les organismes corporatifs et, s'il y a lieu, les syndicats représentant les professionnels de la santé aient eu l'occasion de faire les représentations appropriées.

Les ententes à conclure sous le régime d'assurance-maladie devraient donc porter uniquement sur la détermination d'un tarif d'honoraires ou de tout autre mode de rémunération et sur ses implications immédiates en matière de conditions de travail.

La Commission est donc d'avis, d'une part, que la législation sur l'assurance-maladie devrait elle-même prévoir que le contrôle de l'activité des professionnels qui œuvreront dans le cadre du régime sera, du moins en ce qui a trait aux soins initialement couverts, exercé par le Bureau provincial de médecine et par le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens. Le Collège des médecins et chirurgiens du Québec et le Collège des pharmaciens ont, en effet, une fonction importante à jouer dans toute matière concernant la déontologie, la discipline de leurs membres et l'honneur ou la dignité de la profession. Aussi, la Commission est-elle d'avis, particulièrement en raison de l'avènement du syndicalisme chez les professionnels de la santé et dans la logique de la répartition des fonctions de revendication et de responsabilité publique qui doit maintenant être envisagée entre les syndicats et les collèges, qu'il est nécessaire d'offrir à ces derniers l'occasion de jouer pleinement le rôle qui leur revient.

D'autre part, la Commission est également d'avis que la législation sur l'assurance-maladie devrait prévoir que le tarif négocié lors d'une entente s'appliquera automatiquement à tous les membres d'une profession donnée, sous réserve toutefois d'une possibilité de « désengagement individuel ». Il semble nécessaire, en effet, pour respecter le caractère des professions, de laisser aux professionnels de la santé la faculté de se désengager individuellement du régime. Toutefois, la législation sur l'assurance-maladie devrait prohiber ce droit au désengagement individuel si, dans une région ou pour une catégorie de praticiens dans une région donnée, le désengagement individuel prenait forme d'un désengagement collectif que pourrait seule expliquer une collusion entre les principaux intéressés; car, alors, de l'avis de la Commission, l'esprit de ce droit au désengagement individuel serait faussé.

La Commission croit, en outre, que la loi relative à l'assurance-maladie devrait contenir des dispositions relatives au secret professionnel.

D'une façon générale, enfin, la Commission est d'avis que la loi sur l'assurance-maladie ne devrait pas compliquer indûment le système financier et administratif du régime, en permettant, par exemple, l'utilisation d'organismes dont la seule fonction serait d'agir à titre de « bureau de poste » entre les professionnels et le gouvernement.

De l'avis de la Commission, donc, seules les conditions d'exercice à court terme, telles que la détermination d'un tarif d'honoraires ou de tout autre mode de rémunération et de conditions de travail s'y rattachant, devraient faire l'objet de négociations formelles avec l'État et seuls les organismes syndicaux devraient participer à ces négociations.

## **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 57. QUE, pour les fins de l'exercice conventionné des professions dans le cadre du régime d'assurance-maladie, les principes et conditions à long terme qui touchent l'exercice même des professions, tels que le contrôle de l'activité professionnelle, la liberté thérapeutique, le secret professionnel, la liberté de fournir des services et le droit de se désengager, soient dissociés des conditions à plus court terme, telles que les dispositions tarifaires ou autres modes de rémunération et les conditions de travail s'y rattachant.*

- I. 58. *QUE les principes et conditions d'exercice à long terme ne fassent pas l'objet de négociations formelles avec l'État, mais soient plutôt définis dans le corps même de la loi relative à l'assurance-maladie.*
- I. 59. *QUE cette loi ne soit pas adoptée de façon définitive sans que les organismes corporatifs et, s'il y a lieu, les syndicats représentant les professionnels de la santé aient eu l'occasion de soumettre leurs représentations.*
- I. 60. *QUE la loi sur l'assurance-maladie prévoit :*
- a) *que le contrôle de l'activité des professionnels qui œuvreront dans le cadre du régime d'assurance-maladie sera, du moins en ce qui a trait aux soins initialement couverts, exercé par le Bureau provincial de médecine et par le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens;*
  - b) *que le tarif négocié s'appliquera automatiquement à tous les membres de la profession en cause;*
  - c) *que les professionnels de la santé auront la faculté de se désengager individuellement du régime.*
- I. 61. *QUE soit prohibé, par la loi sur l'assurance-maladie, tout désengagement individuel qui, dans une région ou pour une catégorie de praticiens dans une région donnée, prendra la forme d'un désengagement collectif et qui ne pourra s'expliquer que par l'existence d'une collusion entre les principaux intéressés.*
- I. 62. *QUE la loi sur l'assurance-maladie contienne des dispositions relatives au secret professionnel.*
- I. 63. *QUE la loi sur l'assurance-maladie ne complique pas indûment le système financier et administratif du régime en permettant, par exemple, l'utilisation d'organismes dont la seule fonction serait d'agir à titre de « bureau de poste » entre les professionnels et le gouvernement.*
- I. 64. *QUE les conditions d'exercice à court terme, telles que la détermination d'un tarif d'honoraires ou de tout autre mode de rémunération et de conditions de travail s'y rattachant, fassent l'objet de négociations formelles avec l'État, d'une part, et les organismes syndicaux, d'autre part.*

## LA NÉGOCIATION DES ENTENTES

Le succès du régime d'assurance-maladie dépendra en partie du résultat des négociations avec les professionnels de la santé. Dans cette optique, il est de la plus haute importance de bien préciser, d'une part, le cadre juridique à l'intérieur duquel ces négociations auront lieu et, d'autre part, le cadre « organisationnel » qui les situera. L'importance n'est pas moindre de déterminer les principaux éléments du contenu de ces négociations de même que leurs effets sur les effectifs professionnels dans le domaine de la santé, sur leur distribution géographique et sur la structure interne de certaines professions.

### LE CADRE JURIDIQUE

Les négociations entre le ministre de la Santé et les représentants de la Fédération des omnipraticiens et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, lors de l'établissement du régime d'assistance médicale, se sont déroulées en l'absence d'un cadre juridique. En effet, la Loi de l'assistance médicale n'a fait que ratifier l'entente préalablement conclue entre le ministre de la Santé et ces deux organismes.

Une telle situation n'a pas de quoi surprendre : l'état actuel de la législation du travail au Québec ne fournit pas de cadre juridique pour la négociation avec des personnes non salariées. En effet, le *Code du travail*<sup>1</sup> est conçu uniquement en regard du travailleur salarié<sup>2</sup>, alors que la Loi des syndicats professionnels, en vertu de laquelle les syndicats de professionnels de la santé sont incorporés, régit surtout le droit d'association et ne contient aucun mécanisme précis de négociation et de contestation.

Cette absence d'un cadre juridique complet et approprié pour régir les relations de travail des professionnels non salariés est néfaste autant pour le Gouvernement que pour les syndicats représentant ces professionnels.

Dans la perspective du régime général d'assurance-maladie, il est à prévoir que le Gouvernement engagera des négociations encore plus importantes avec les professions de la médecine et de la pharmacie et, à plus ou moins courte échéance, avec certaines autres professions de la santé.

Étant donné les implications sociales, professionnelles et économiques de ces négociations, la Commission est d'avis qu'elles ne doivent pas être entreprises en l'absence d'un cadre juridique. L'absence d'un tel cadre soumet les négociateurs de chacune des parties

1. S.R.Q. 1964, chap. 141.

2. Pour le sens du mot « salarié », voir la note 2 de la p. 141.

en présence à une grande pression, étant donné l'incertitude qui règne alors relativement aux étapes et à la durée des négociations ainsi qu'aux mécanismes à utiliser en cas de difficulté ou d'impasse. Si une telle pression ne constitue généralement pas un élément favorable aux relations de travail et se révèle parfois même dangereuse, qu'en sera-t-il lors de négociations aux implications aussi considérables que celles de l'établissement et de la bonne marche ultérieure du régime d'assurance-maladie ?

Il est donc essentiel qu'une législation soit créée afin de permettre aux négociations relatives au futur régime d'assurance-maladie de se dérouler dans un cadre juridique approprié : un bon départ favorisera au mieux les relations permanentes entre l'État et les professionnels de la santé.

Pour atteindre ce but, deux voies sollicitent actuellement le législateur.

#### **La loi de l'assurance-maladie**

On pourrait d'abord songer à inscrire dans la future loi de l'assurance-maladie les mécanismes de négociation entre les professionnels de la santé et l'État. Toutefois, la Commission est d'avis qu'une telle façon d'agir risquerait de détruire l'économie générale de cette loi, de fausser la perspective dans laquelle on doit l'envisager et de la faire dévier de sa finalité première qui est de déterminer les moyens d'assurer les soins et les services aux citoyens. En outre, comment imaginer que cette loi puisse servir de cadre aux autres professions avec lesquelles le gouvernement est susceptible de négocier ?

La future loi de l'assurance-maladie ne semble donc pas le meilleur endroit où insérer de façon utile des dispositions relatives aux négociations.

#### **Les lois actuelles du travail**

Il ne semble pas qu'on puisse davantage modifier la législation du travail existante ni l'adapter au type de négociation qui nous préoccupe.

D'une part, on ne saurait modifier la Loi des syndicats professionnels, en vertu de laquelle les syndicats de professionnels de la santé sont incorporés, de façon à y ajouter des dispositions relatives à l'agrément, à la négociation et aux mécanismes de contestation en cas d'impasse, sans supprimer sa principale raison d'être qui est de permettre à certaines catégories de personnes de s'associer dans la poursuite de fins communes. D'autre part, la négociation des ententes collectives aux fins de la future loi de l'assurance-maladie s'apparentant grandement au type de négociation déjà régi par le *Code du travail* dans le cas des salariés, on pourrait être tenté de

se prévaloir de cette loi, en y apportant les modifications voulues, pour conduire la négociation collective de ces ententes particulières. À la différence de la convention collective classique, dont traite le Code, ces ententes particulières visent toutefois des non-salariés. Aussi, cette dernière solution comporte-t-elle le désavantage d'alourdir le *Code du travail*. Elle semble donc inadmissible pour le large secteur qui s'en prévaut quotidiennement.

### **La loi régissant la négociation collective de certains non-salariés**

De l'avis de la Commission, plus opportune serait l'adoption d'une loi régissant distinctement la négociation collective des non-salariés<sup>1</sup>. Évidemment, une telle loi, tout en demeurant propre à ces derniers, ne manquerait pas de s'inspirer de plusieurs dispositions du *Code du travail*. Pour l'instant, elle n'aurait pour objet que de régir la négociation des ententes collectives prévues par la future loi de l'assurance-maladie. Toutefois, l'application en serait automatiquement élargie chaque fois qu'un nouveau groupe de professionnels non salariés négocierait des ententes avec l'État dans le cadre de nouvelles mesures sociales, par exemple, les avocats dans le cadre d'un régime d'assistance judiciaire pour les assistés sociaux et les économiquement faibles. En plus de permettre aux syndicats de professionnels non salariés de jouir sur une base stable de droits aussi fondamentaux pour l'action syndicale que ceux de négociation et de contestation, une telle loi aurait le grand avantage de centraliser dans un cadre juridique unique les mécanismes de négociation entre les professionnels non salariés et l'État. Voici donc un bref résumé des principaux éléments qu'une telle loi pourrait contenir et des principes directeurs qui devraient guider le législateur dans son élaboration :

1. La négociation d'ententes collectives pour les fins de la future loi de l'assurance-maladie nécessite, au départ, la détermination des organismes syndicaux qui pourraient se présenter comme interlocuteurs valables du gouvernement.
2. Ces ententes n'exigent pas que l'organisme syndical signataire soit doté d'une structure juridique particulière. Il pourrait aussi bien ne s'agir que d'un groupement *de facto* dépourvu de la personnalité juridique; ce pourrait être, par ailleurs, un groupement incorporé. Dans ce dernier cas, les intéressés n'auraient qu'à se prévaloir de lois existantes, notamment de la Loi des syndicats professionnels<sup>2</sup>, pour incorporer leur groupement. Cette attitude libérale, en ce

---

1. Par opposition aux « salariés » tels que définis dans le *Code du travail*. Ceci implique que le mode de rémunération n'a rien à voir avec la définition de non-salariés et que le fait d'être rémunérée à salaire fixe n'empêcherait pas une personne d'être un « non-salarié » aux termes de la législation que nous proposons.

2. *S. R. Q.* 1964, chap. 146.



qui a trait à la structure juridique des organismes signataires des ententes, correspond à celle qu'adopte le législateur dans le titre premier du *Code du travail*<sup>1</sup>, qui traite des relations de travail mettant en cause des associations de salariés.

3. En revanche, il paraît nécessaire de s'assurer que les associations de non-salariés, parties à ces ententes, soient formées dans le respect du principe de la liberté syndicale; il y a lieu d'être certain, en particulier, que les non-salariés membres d'associations y ont adhéré volontairement.
4. Comme chaque entente doit étendre ses effets à tous les médecins ou autres membres d'une même profession, selon la future loi de l'assurance-maladie, c'est-à-dire, lier, sous réserve du désengagement individuel toujours possible, des médecins ou autres professionnels qui ne sont pas membres de l'association signataire, il est absolument nécessaire de s'assurer du caractère représentatif de celle-ci.
5. Il paraît opportun, quant au choix du mode de contrôle du caractère représentatif, de s'en remettre à une procédure analogue à celle de l'agrément établie par le *Code du travail* dans le cas des associations de salariés.
6. Le caractère majoritaire des associations de non-salariés serait déterminé par la Commission des relations de travail, établie par ce Code.
7. Cet organisme jouirait d'un complet pouvoir d'appréciation de la détermination du groupe sur le plan de la profession. Il ne serait pas tenu de former un groupe distinct dans le cas de membres de l'une ou l'autre des professions mentionnées à l'article 20 du Code. Pour ce qui est de l'étendue géographique des groupes, toutefois, la Commission des relations de travail devrait toujours l'établir à l'échelle de la province entière.
8. L'association de non-salariés agréée par la Commission des relations de travail jouirait du droit de représenter tous les non-salariés du groupe, pour les fins tant de la négociation de l'entente que de son application, sous réserve, bien entendu, du désengagement individuel toujours possible selon la future loi de l'assurance-maladie.
9. La procédure de négociation des ententes et, en particulier, la solution des impasses auxquelles ces négociations pourraient donner lieu seraient déterminées comme il suit :
  - a) *Avis de négociation.* — Tenant pour certain que les organismes ont été agréés, ces derniers devraient faire tenir, au ministre de la Santé ou à tout autre ministre intéressé, un avis de trente (30) jours lui signifiant qu'ils sont prêts à entreprendre les pourparlers et les négociations en vue de la conclusion d'une entente régissant

---

1. S. R. Q. 1964, chap. 141.

les relations entre l'État et les dites professions. Cet avis de trente (30) jours permettrait au ministre de constituer un ou des comités *ad hoc*, selon qu'il s'agit de négocier avec tel ou tel syndicat de professionnels de la santé.

b) *Poursuite des négociations*. — Les négociations devraient se poursuivre pendant soixante (60) jours et les parties auraient l'obligation d'assister à toutes les séances prévues par le comité *ad hoc*.

c) *Impasse*. — À l'expiration du délai de soixante (60) jours, si les parties n'avaient pu en venir à la conclusion d'une entente, le lieutenant-gouverneur en conseil nommerait d'office un conciliateur chargé de tenter un rapprochement entre les parties. La conciliation devrait se poursuivre pendant vingt (20) jours ou pendant un délai plus long dont les parties conviendraient par écrit.

Si l'intervention était infructueuse, le droit à la grève serait acquis. Il ne saurait, toutefois, être question d'une cessation totale de travail. D'une part, les services fournis par les professionnels non salariés, médecins ou autres, sont de par leur nature trop essentiels au bien-être de la population pour qu'on puisse l'en priver totalement. D'autre part, il ne saurait être question de faire déclarer ces services « essentiels » et d'obliger leurs dispensateurs à les fournir sous la menace d'une injonction. De récentes expériences ont montré que cette procédure ne donne pas toujours les résultats escomptés.

La Commission est donc d'avis que le droit de grève devrait être accordé à ces professionnels. Il serait nécessaire, toutefois, que les syndicats prennent eux-mêmes les dispositions appropriées pour que soient maintenus les services d'urgence et tous autres services essentiels et pour que la population soit suffisamment protégée. De l'avis de la Commission, la loi devrait conférer de façon expresse aux syndicats une entière responsabilité envers la population quant au maintien des services d'urgence et des services essentiels.

10. Le caractère obligatoire et permissif du contenu de l'entente est établi par la future loi de l'assurance-maladie. Ses autres aspects (forme, durée, solution des difficultés d'application et d'interprétation...) relèvent, au contraire, de la loi régissant la négociation collective de certains non-salariés.
11. Il paraît, enfin, souhaitable que cette loi prévoie expressément la possibilité pour les syndicats de professionnels non salariés de négocier avec l'État une clause de retenue syndicale dans le cadre des conditions de travail.

La Commission est consciente, toutefois, que l'élaboration d'une telle loi, qui transpose les techniques des relations de travail du monde industriel à celui des professions libérales, n'est pas, en

raison de sa nouveauté en Amérique du Nord, une tâche facile. Pourtant il est essentiel qu'elle soit non seulement élaborée, mais également adoptée avant le début des négociations qui accompagneront l'établissement du régime d'assurance-maladie, entre certains professionnels de la santé et l'État.

Dans les circonstances, la Commission est d'avis que, relativement à une première négociation, une solution temporaire doit être envisagée. À ses yeux, une sorte de « protocole » à préétablir entre le gouvernement et les représentants des syndicats de professionnels, parties à cette négociation, prévoirait les règles à suivre lors de la négociation et les mécanismes à appliquer en cas d'impasse ou de rupture. La Commission ne croit cependant pas qu'un tel procédé devrait être accepté dans une optique de permanence. Son seul but serait de permettre au législateur de jouir du temps nécessaire pour mettre au point la loi suggérée précédemment afin d'établir des normes uniformes et permanentes qui régiraient l'exercice des droits de négociation et de contestation par certains travailleurs professionnels non salariés.

Il faut remarquer, enfin, que, étant donné une recommandation précédente de la Commission en vue de transférer la partie professionnelle des services diagnostiques du cadre de l'assurance-hospitalisation à celui de l'assurance-maladie, les radiologistes et les médecins biologistes, qui sont rémunérés à l'acte, devront maintenant négocier en vertu de la nouvelle loi pour les professionnels non salariés plutôt qu'en vertu du *Code du travail*. La Commission ne peut que se réjouir d'un tel état de choses. Elle ne voit aucune raison, en effet, pour laquelle les radiologistes et les médecins biologistes, qui se trouvent dans les réalités concrètes de la vie dans une situation identique à celle, par exemple, des anesthésistes, négocieraient en vertu d'un cadre juridique différent et seraient rémunérés en vertu de lois différentes. Une certaine unité s'impose dans ce domaine.

## **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 65. QU'une loi soit adoptée pour régir la négociation collective de certains professionnels non salariés.*
- I. 66. QU'au début, cette loi régisse uniquement la négociation des ententes collectives prévues par la loi sur l'assurance-maladie.*
- I. 67. QUE l'application de cette loi soit, toutefois, élargie de façon automatique chaque fois qu'un nouveau grou-*

*pe de professionnels non salariés négociera des ententes avec l'État dans le cadre de nouvelles mesures sociales.*

*I. 68. QUE, d'une façon générale, cette loi s'inspire des dispositions contenues dans le Code du travail.*

*I. 69. QUE cette loi :*

- a) établisse la procédure suivant laquelle les organismes syndicaux, qui pourront se présenter comme interlocuteurs valables du gouvernement, seront déterminés;*
- b) consacre le principe de la liberté syndicale;*
- c) adopte une attitude libérale au sujet de la structure juridique des organismes signataires des ententes; et*
- d) établisse un contrôle du caractère représentatif des associations de non-salariés selon une procédure analogue à celle de l'agrément établie par le Code du travail dans le cas des associations de salariés.*

*I. 70. QU'en vertu de cette loi la Commission des relations de travail établie par le Code du travail :*

- a) détermine le caractère majoritaire des associations de non-salariés;*
- b) jouisse d'un complet pouvoir d'appréciation de la détermination d'un groupe sur le plan de la profession;*
- c) ne soit pas tenue de former un groupe distinct dans le cas de membres de l'une ou l'autre des professions mentionnées à l'article 20 du Code du travail; et*
- d) établisse l'étendue géographique des groupes à l'échelle de la province.*

*I. 71. QUE cette loi :*

- a) établisse un pouvoir de représentation absolu en faveur de l'association agréée, sous réserve, toutefois, du désengagement individuel toujours possible en vertu de la loi sur l'assurance-maladie;*

- b) *prévoit que les organismes agréés donneront, au ministre de la Santé ou à tout autre intéressé, un avis de trente (30) jours lui signifiant qu'ils sont prêts à entreprendre les pourparlers et les négociations en vue de la conclusion d'une entente;*
- c) *prévoit que les négociations se poursuivront pendant soixante (60) jours et que les parties auront l'obligation d'assister à toutes les séances;*
- d) *prévoit qu'à l'expiration du délai de soixante (60) jours, si les parties n'ont pu en venir à la conclusion d'une entente, le lieutenant-gouverneur en conseil nommera d'office un conciliateur chargé de tenter un rapprochement entre les parties;*
- e) *prévoit que la conciliation pourra se poursuivre pendant vingt (20) jours ou pendant un délai plus long dont les parties conviendront par écrit;*
- f) *prévoit l'exercice par les professionnels non salariés du droit de grève;*
- g) *confère aux syndicats une entière responsabilité envers la population quant au maintien des services d'urgence et des services essentiels;*
- h) *détermine la forme, la durée et les mécanismes pour résoudre les difficultés d'application et d'interprétation des ententes;*
- i) *prévoit expressément la possibilité pour les syndicats de professionnels non salariés de négocier avec l'État une clause de retenue syndicale dans le cadre des conditions de travail.*

*I. 72. QU'en l'absence du laps de temps nécessaire à l'élaboration et à l'adoption d'une telle loi avant le début des premières négociations que nécessitera la mise en place du régime d'assurance-maladie, un « protocole » temporaire à préétablir entre le gouvernement et les représentants des syndicats de professionnels, parties à ces négociations, prévoit les règles à suivre lors de la négociation et les mécanismes à appliquer en cas d'impasse ou de rupture.*

*I. 73. QUE les radiologistes et les médecins biologistes rémunérés à l'acte négocient avec l'État dans le cadre de la nouvelle loi proposée pour régir la négociation collective de certains professionnels non salariés.*

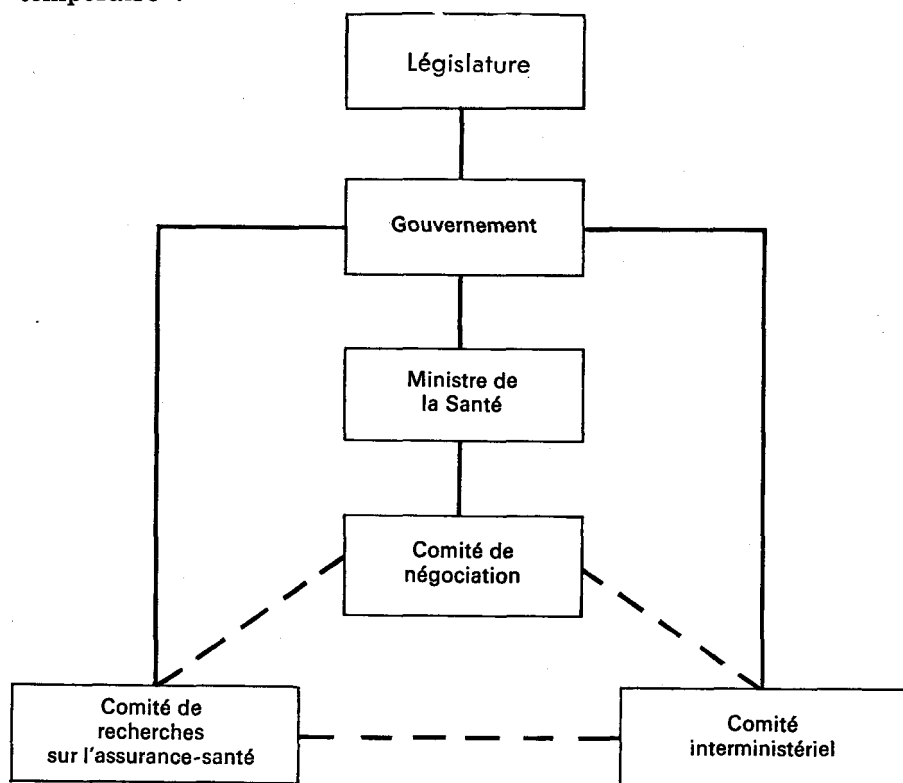
#### LE CADRE « ORGANISATIONNEL »

Avant d'esquisser le cadre « organisationnel » à l'intérieur duquel les négociations relatives au régime général d'assurance-maladie sont promises à des résultats positifs, il nous paraît utile d'examiner le cadre dans lequel se sont déroulées les négociations entre les médecins et le ministre de la Santé lors de l'établissement du régime d'assistance médicale.

Rappelons d'abord que l'établissement de ce régime origine d'un rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé contenant des recommandations relatives à la nature et au fonctionnement du régime et à la formation d'un comité interministériel responsable de sa mise en application, et d'un comité gouvernemental de négociation composé d'un médecin, d'un spécialiste de l'économie médicale et de l'assurance-maladie et d'un négociateur d'expérience.

Suivant les recommandations de ce rapport, le gouvernement institua les deux comités qui, tout au long de leur travail, demeurèrent en étroite liaison. Pour sa part, le Comité de recherches sur l'assurance-santé mit à leur disposition toute l'information et les études qu'il avait en sa possession.

L'organigramme qui suit reproduit schématiquement les interactions entre ces divers comités qui étaient tous de caractère temporaire :



Les résultats obtenus dans le cadre de cet organigramme se sont révélés satisfaisants et il n'a pas surgi de problèmes tels que le manque de documentation ou de données suffisantes ou que la présence de négociateurs dépourvus d'un mandat précis de négociation.

Il serait heureux qu'on adopte une structure analogue pour l'établissement du régime général d'assurance-maladie et les négociations ultérieures, une fois le régime établi. Cependant, il faut prévoir que les négociations à venir auront une ampleur et une importance beaucoup plus considérables. Aussi, la Commission est-elle d'avis que ces négociations doivent s'effectuer à l'intérieur d'un organigramme plus stable et, en outre, être placées sous la responsabilité d'une personne hautement spécialisée dans ce domaine.

À l'heure actuelle, le ministre de la Santé est responsable de l'élaboration et de la mise en application des politiques de rémunération qui touchent les psychiatres, les radiologistes, les médecins de laboratoire et les autres. En effet, les politiques de rémunération de ces groupes de professionnels relèvent respectivement des Services psychiatriques et du Service de l'assurance-hospitalisation. Quant aux politiques de rémunération des autres employés des hôpitaux, elles sont sous la responsabilité immédiate de chaque hôpital, bien que tous les hôpitaux dont les employés sont syndiqués aient délégué leur pouvoir de négociation à un comité de relations de travail de l'Association des hôpitaux du Québec. Il existe, toutefois, au sein du ministère de la Santé, un fonctionnaire « chargé d'étudier les relations de travail dans le milieu hospitalier, de conseiller et d'aider les hôpitaux en ce domaine et, le cas échéant, de représenter le ministère lors des négociations »<sup>1</sup>.

Avec l'instauration du régime d'assurance-maladie, le ministère de la Santé devra en outre négocier avec la grande majorité, sinon la totalité, des omnipraticiens et des médecins spécialistes en pratique privée, des pharmaciens et, éventuellement sans aucun doute, d'autres professionnels de la santé. Il devra aussi probablement négocier avec les fabricants de produits pharmaceutiques et de prothèses.

Étant donné les structures administratives recommandées pour le régime d'assurance-maladie (soit, d'une part, une commission représentative responsable de l'administration de l'assurance-maladie et, d'autre part, le ministère de la Santé responsable des politiques gouvernementales dans le domaine de la santé), il est nécessaire que le ministre de la Santé soit responsable de la négociation avec les professionnels de la santé. Il ne serait pas opportun, en outre, que la Commission de l'assurance-maladie soit responsable d'une telle négo-

---

1. *Rapport du ministère de la Santé*, 1964, p. 238.

ciation, étant donné son caractère représentatif : les professionnels de la santé se trouveraient alors, en quelque sorte, à négocier avec eux-mêmes.

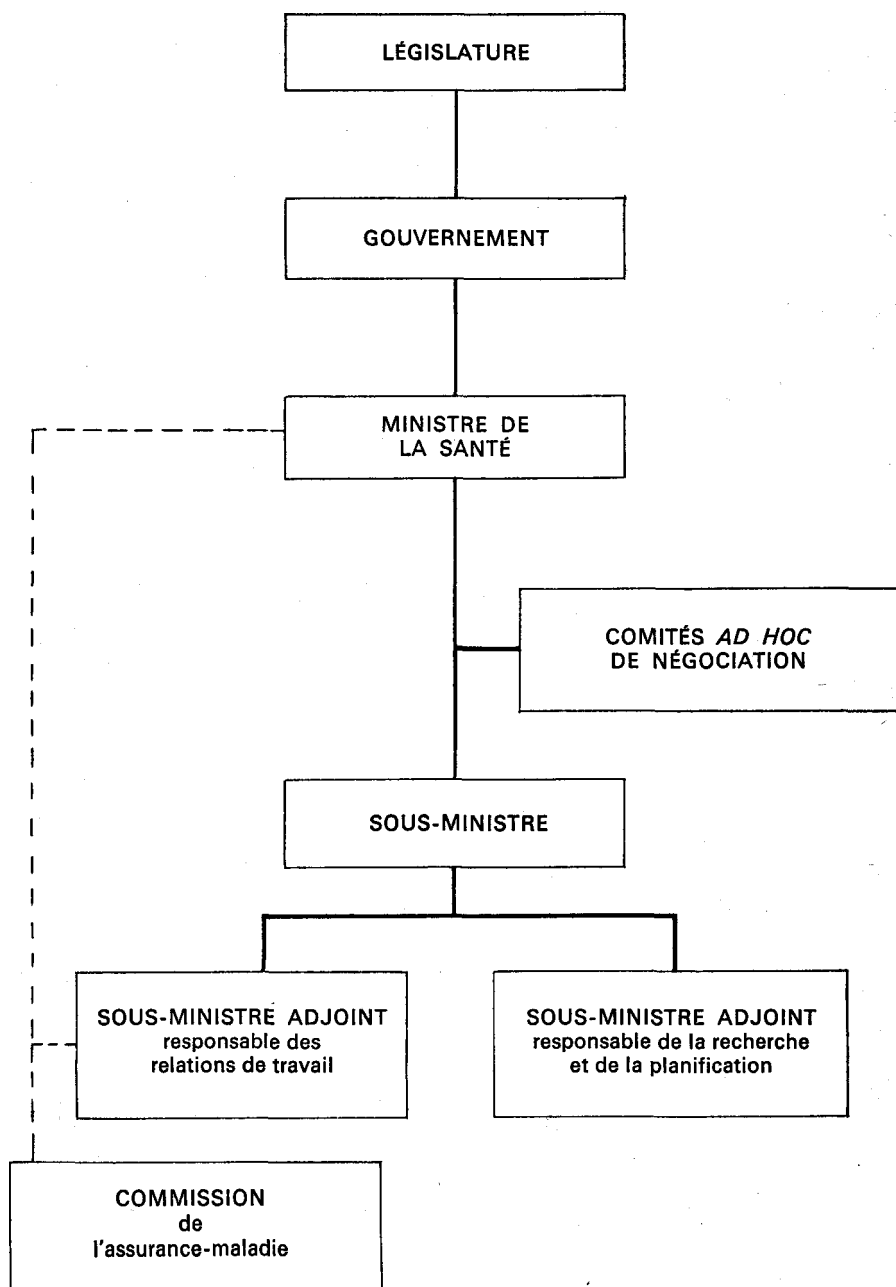
Le seul rappel des sommes d'argent que se partagent les travailleurs de la santé, professionnels ou autres, et de l'influence qu'exercent les politiques de rémunération de ces travailleurs sur le recrutement des effectifs et la structure des professions suffit à convaincre la Commission de la nécessité d'appuyer ces politiques sur des données sérieuses. Toute erreur dans le domaine des politiques de rémunération risque d'être néfaste et très coûteuse.

En vue de l'élaboration et de l'application d'une saine politique de rémunération des travailleurs de la santé, la Commission est d'avis qu'on devrait créer un poste de « sous-ministre adjoint responsable des relations de travail » au sein du ministère de la Santé, et qu'on devrait inviter à l'occuper un préposé d'expérience et de compétence notoires. Les fonctions principales de cette personne seraient d'élaborer et de coordonner les politiques de rémunération dans le domaine de la santé, de conseiller le ministre de la Santé relativement aux négociations avec les travailleurs de la santé et, enfin, de veiller à obtenir les renseignements et les données jugés nécessaires.

Pour la conduite des négociations, la Commission est également d'avis que des comités *ad hoc* de négociation devraient être formés par le ministre de la Santé qui aura soin de déterminer leur mandat avec précision et de voir à ce que les négociations se déroulent avec célérité jusqu'à la signature d'une entente qui respecte à la fois le bien commun et l'intérêt légitime des dispensateurs de soins. Très souple, un tel système permettra au ministre de la Santé de varier la composition de ces comités *ad hoc*, selon qu'il s'agira de négociations avec les médecins, les pharmaciens, les dentistes ou tous autres professionnels de la santé.

L'organigramme de la négociation, lors de l'établissement du régime général d'assurance-maladie et lors des négociations ultérieures, peut se schématiser de la façon suivante :





## Recommandations

La Commission recommande :

- I. 74. *QUE soit créé, au sein du ministère de la Santé, un poste de sous-ministre adjoint, responsable des relations de travail, dont les fonctions principales seront :*
- a) *d'élaborer des politiques de rémunération pour chaque catégorie de travailleurs dans le domaine de la santé;*
  - b) *de coordonner les politiques de rémunération, de sorte qu'une politique pour un groupe ne soit pas préjudiciable aux autres groupes;*
  - c) *de conseiller le ministre de la Santé sur la nomination de tout comité ad hoc de négociation et sur la détermination de son mandat; et*
  - d) *de veiller à obtenir les renseignements et les données jugés nécessaires.*
- I. 75. *QUE le ministre de la Santé crée des comités ad hoc de négociation qui seront chargés de négocier les ententes nécessaires à l'établissement et au fonctionnement du régime d'assurance-maladie.*

### LE CONTENU DE LA NÉGOCIATION ET SES EFFETS

Étant donné la couverture initiale recommandée pour le régime d'assurance-maladie, il est évident que les premières négociations n'auront pas lieu, au début, avec tous les professionnels de la santé, mais uniquement avec les médecins et les pharmaciens. Étant donné, de plus, la possibilité d'une période de transition avant que le champ d'application du régime ne soit étendu à la totalité de la population, il est possible que les médecins et les pharmaciens continuent partiellement à exercer leur profession dans le contexte d'un exercice libéral.

Devant cette réalité, la Commission, consciente de la nécessité d'assurer à la population québécoise une accessibilité raisonnable aux soins et aux services, est d'avis que le Bureau provincial de médecine, le conseil du Collège des pharmaciens du Québec et toute autre corporation ayant, de par la loi, le pouvoir de fixer des tarifs d'honoraires devraient se servir de ce pouvoir pour établir dans le plus bref délai des tarifs indicatifs aux fins de l'exercice libéral des professions intéressées. Il sera nécessaire, évidemment, que ces tarifs reçoivent l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. La Commission est d'avis que ce dernier devrait leur prêter une attention immédiate.

La Commission a précédemment reconnu la nécessité que la future loi sur l'assurance-maladie laisse aux professionnels de la santé la faculté de se désengager du régime, à l'intérieur de certaines limites cependant. La Commission est toutefois d'avis que les bénéficiaires du régime qui feront appel aux services de ces professionnels qui se seront légalement prévalus de leur droit de se désengager ne devront pas être défrayés.

La Commission croit, d'une part, que, dans les régions excentriques, les bénéficiaires seront suffisamment protégés par le fait que le désengagement individuel sera prohibé, s'il prend la forme d'un désengagement collectif qui ne peut s'expliquer que par l'existence d'une collusion entre les principaux intéressés et, d'autre part, que, dans les autres régions, ils pourront toujours s'adresser aux professionnels qui ne se sont pas prévalus de leur droit de se désengager du régime et qui, à son avis, constitueront le groupe de beaucoup le plus nombreux.

La Commission est d'avis que les négociations qui précéderont et suivront l'établissement du régime d'assurance-maladie devront porter principalement sur les clauses économiques, mais aussi sur les conditions de travail qui s'y rattachent. La Commission est également d'avis que ces négociations devront se conduire à l'échelle de la province et que tous les dispensateurs dont les soins ou les services seront couverts par le régime devront négocier avec l'État, quel que soit leur mode de rémunération.

Dans cette perspective, il faut se rappeler que le mode de rémunération n'a rien à voir avec la définition de « salarié » contenue au *Code de travail* et que, si le fait d'être rémunéré à l'acte n'empêche pas une personne d'être un « salarié » au sens de ce Code si elle travaille pour un employeur donné, le fait d'être rémunérés à salaire n'empêche pas les dispensateurs de soins ou de services de négocier avec l'État pour l'assurance-maladie dans le cadre de la nouvelle loi recommandée pour régir la négociation collective de certains non-salariés.

Dans la conjoncture actuelle, le besoin de médecins et d'autres professionnels de la santé justifie, aux yeux des commissaires, le maintien du système de rémunération à l'acte. Toutefois, la Commission croit que, là où existe actuellement un système de salariat, on devrait le conserver. La Commission est d'avis que, même dans les cas où un système de rémunération à l'acte peut se négocier, un niveau de salaire doit à la même occasion et parallèlement se négocier aussi. La Commission a toutes les raisons de croire qu'une telle formule, qui facilite davantage l'exercice en groupe que ne le fait, lui semble-t-il, le système de rémunération à l'acte, est susceptible d'intéresser bon nombre de médecins ou d'autres professionnels, particulièrement ceux qui exercent dans les régions défavorisées, et de nature,

en outre, à apporter une certaine rationalité entre des spécialités dont les revenus actuels offrent la plus grande disparité, l'exemple des médecins hygiénistes en témoigne suffisamment.

### **Les effectifs professionnels**

Les politiques de rémunération ne sont pas les seuls éléments qui influencent le nombre et la qualité des effectifs professionnels de la santé; les mesures complémentaires appropriées exercent aussi un grand rôle dans ce domaine. Toutefois, une rémunération trop mesurée risque de ne pas encourager suffisamment de candidats à embrasser l'étude des disciplines de la santé, de suggérer l'émigration à certains professionnels, souvent les meilleurs, et de restreindre l'immigration de professionnels étrangers dont l'apport fournirait un actif précieux au fonctionnement du régime d'assurance-maladie. Il apparaît donc essentiel que le tarif ou le salaire négocié soit raisonnable et tienne compte de la situation du marché.

Les commissaires croient que le tarif des honoraires fixé devra être uniforme à travers toute la province et identique pour les omnipraticiens comme pour les médecins spécialistes. L'objectif visé par ces deux caractéristiques est susceptible, au cours des prochaines années, d'influencer favorablement la distribution géographique des professionnels de la santé non moins que la structure même de certaines professions.

### **La distribution géographique des effectifs**

La rémunération jouant un rôle primordial dans l'allocation des ressources humaines, il apparaît essentiel à la Commission qu'un tarif de rémunération uniforme à l'échelle de la province s'établisse pour chaque profession de la santé; les régions rurales en seront revalorisées par rapport aux régions urbaines et se verront assurer, elles aussi, des soins de meilleure qualité. En effet, si les professionnels de la santé reçoivent, par le truchement d'un régime d'assurance-maladie, une juste rémunération pour les soins qu'ils dispensent à la population québécoise, ceux qui exercent déjà dans les régions éloignées de la province seront particulièrement incités à y demeurer, et d'autres à s'y établir.

La Commission croit donc préférable d'attendre qu'on connaisse les effets de l'établissement du régime d'assurance-maladie et de la mise en application des mesures complémentaires appropriées sur la distribution géographique des professionnels de la santé, avant de négocier une prime à l'isolement ou toute autre forme de rémunération susceptible d'influencer cette distribution. Pour la durée de la

première entente, la Commission est cependant d'avis que le ministère de la Santé devrait continuer, dans certains cas précis, de garantir aux médecins un certain niveau de revenu.

### **La structure des professions**

Les politiques de rémunération peuvent largement modifier la structure interne de certaines professions de la santé, particulièrement celle de la profession médicale. En effet, le rapport médecins spécialistes/omnipraticiens ainsi que la distribution des médecins entre les diverses spécialités pourraient être fortement influencés par une rémunération trop élevée d'un groupe par rapport à l'autre. Une telle différence risque d'attirer dans un groupe un nombre trop considérable de personnes au détriment des autres groupes, sans compter l'investissement, supérieur à celui que requièrent normalement les besoins, qui pourrait en résulter.

Au chapitre précédent, la Commission a montré que la proportion des médecins spécialistes par rapport aux omnipraticiens est plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes; les spécialistes envahissent donc progressivement le champ d'activité des généralistes. Par ailleurs, afin d'obtenir de l'investissement nécessaire à leur scolarité un rendement satisfaisant, les médecins spécialistes exigent souvent des honoraires plus considérables que les omnipraticiens lorsqu'ils posent des actes que peuvent accomplir ces derniers. Il s'agit donc là d'un « surinvestissement » dont la valeur se mesure par rapport à la durée plus courte de la période active, ou au coût de l'éducation elle-même. Un régime d'assurance-maladie qui accorderait aux médecins spécialistes un tarif préférentiel pour des actes que peuvent aussi bien accomplir les omnipraticiens en rehausserait le coût de façon injustifiée et perpétuerait un déséquilibre dans la structure de la profession.

La Commission est donc d'avis que le gouvernement devrait négocier une rémunération à tarif unique, pour les omnipraticiens comme pour les médecins spécialistes, lors de l'établissement du régime d'assurance-maladie.

Le tarif unique est celui qui respecte le principe voulant qu'à acte égal correspondent des honoraires égaux, quels que soient les titres du médecin qui accomplit l'acte médical. Pour les médecins spécialistes, ce mode de rémunération comporte, de toute évidence, une incitation économique à se confiner aux actes qui leur sont réservés. La Commission croit que l'établissement d'un tel mode de rémunération constitue l'un des moyens les plus efficaces de modifier la situation actuelle, soumise à un « surinvestissement » de scolarité, et de mieux équilibrer la structure de la profession médicale au Québec.

La Commission est d'avis, enfin, que les professionnels de la santé ne devraient pas, d'une façon générale, avoir droit à des dépassements d'honoraires. La reconnaissance d'un tel droit risquerait trop de faire revivre deux genres de médecine.

La Commission reconnaît, cependant, la nécessité que certains praticiens de compétence et de notoriété exceptionnelles puissent être autorisés à excéder les tarifs conventionnels et à réclamer de leurs clients des dépassements d'honoraires, sans pour autant devoir se désengager du régime d'assurance-maladie. De l'avis de la Commission, une telle autorisation devrait être accordée au mérite par des comités formés de représentants de la commission de l'assurance-maladie, des corporations professionnelles et des facultés universitaires du Québec, et dont la fonction serait d'établir, en dernier ressort, une liste des praticiens autorisés à dépasser les tarifs conventionnels.

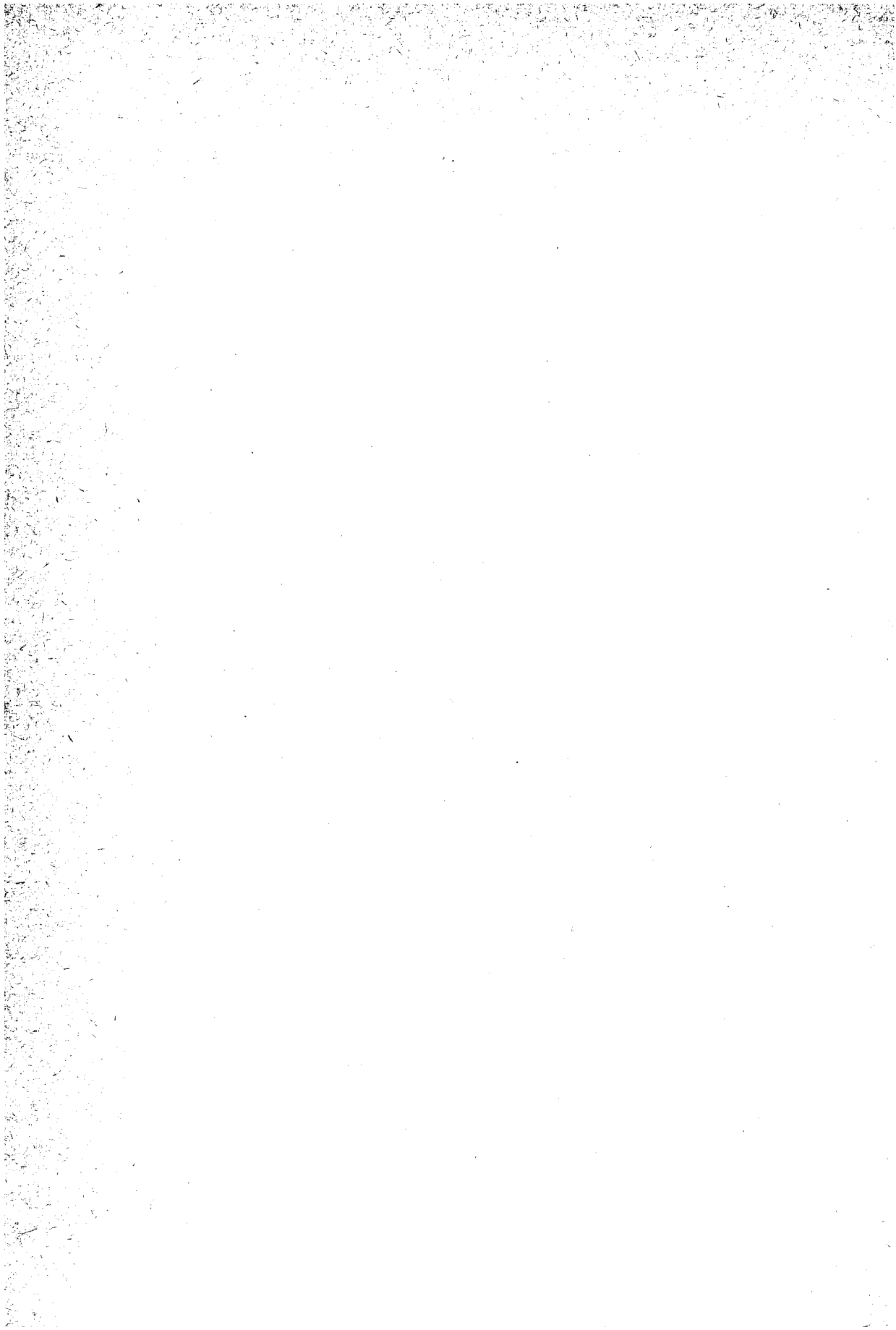
## Recommandations

La Commission recommande :

- I. 76. QUE le Bureau provincial de médecine, le conseil du Collège des pharmaciens du Québec et toute autre corporation ayant, de par la loi, le pouvoir d'établir des tarifs d'honoraires se servent de ce pouvoir pour établir, dans le plus bref délai, et soumettre à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil des tarifs indicatifs aux fins de l'exercice libéral des professions intéressées.*
- I. 77. QUE le lieutenant-gouverneur en conseil porte à ces tarifs une attention immédiate.*
- I. 78. QUE les bénéficiaires du régime d'assurance-maladie qui feront appel aux services de professionnels qui se sont prévalus de leur droit de se désengager du régime ne soient pas défrayés.*
- I. 79. QUE les négociations en vue de l'établissement du régime d'assurance-maladie ainsi que celles qui suivront l'établissement de ce régime se conduisent à l'échelle de la province.*
- I. 80. QUE tous les dispensateurs dont les soins ou les services seront couverts par le régime d'assurance-maladie négocient avec l'État, quel que soit leur mode*

de rémunération, dans le cadre de la nouvelle loi recommandée pour régir la négociation collective de certains non-salariés.

- I. 81. *QUE, parallèlement à la négociation d'un système de rémunération à l'acte, l'État procède à la négociation d'un niveau de salaire.*
- I. 82. *QUE le tarif négocié soit raisonnable et tienne compte de la situation du marché.*
- I. 83. *QU'un tarif uniforme à travers toute la province soit adopté pour rémunérer les professionnels de la santé.*
- I. 84. *QU'un tarif unique soit adopté pour la rémunération des omnipraticiens et des médecins spécialistes.*
- I. 85. *QUE le ministre de la Santé attende de connaître les effets qu'auront l'établissement du régime d'assurance-maladie et la mise en application des mesures complémentaires appropriés sur la distribution géographique des professionnels de la santé, avant de négocier une prime à l'isolement ou toute autre forme de rémunération susceptible d'influencer cette distribution.*
- I. 86. *QUE, pour la durée de la première entente, le ministre de la Santé maintienne, en faveur de certains professionnels de la santé et dans certains cas précis, les politiques de revenu minimum garanti qui sont actuellement en existence.*
- I. 87. *QUE, d'une façon générale, les professionnels de la santé n'aient pas droit à des dépassements d'honoraires.*
- I. 88. *QUE certains praticiens de compétence et de notoriété exceptionnelles puissent être autorisés à excéder les tarifs conventionnels et à réclamer de leurs clients des dépassements d'honoraires sans pour autant devoir se désengager du régime d'assurance-maladie.*
- I. 89. *QU'une telle autorisation soit accordée au mérite par des comités formés de représentants de la commission de l'assurance-maladie, des corporations professionnelles et des facultés universitaires du Québec, et que ces comités aient pour fonction d'établir, en dernier ressort, une liste des praticiens autorisés à dépasser les tarifs conventionnels.*





**V**

---

## **Les politiques et mesures complémentaires**



# **Les politiques et mesures complémentaires**

## **INTRODUCTION**

L'assurance-maladie ne saurait être conçue comme un simple mécanisme de financement et de distribution de soins, ou encore comme une mesure isolée destinée à réduire l'insécurité économique d'une catégorie sociale appelée « les malades ». L'établissement d'un régime d'assurance-maladie crée également un cadre au sein duquel il est possible d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité des services de façon plus certaine et plus rapide que par l'entremise des seuls mécanismes de marché. Un régime d'assurance-maladie est donc un instrument autant qu'une fin en soi. En outre, il n'est qu'un élément dans le réseau des mesures et des organismes grâce auxquels la collectivité atteindra un niveau de santé et de bien-être aussi élevé que possible.

Le moment de l'établissement d'un tel régime est on ne peut plus propice à un examen général des autres secteurs de la santé. Le but de cet examen est de déterminer les conditions nécessaires au fonctionnement harmonieux du régime et de l'ensemble du domaine de la santé. Tout le secteur des soins curatifs (soins hospitaliers, soins médicaux, médicaments, etc.) se compose d'éléments interdépendants en ce sens que les divers types de soins sont bien souvent des compléments ou des substituts les uns par rapport aux autres; on constate également que les mesures préventives ainsi que les mesures destinées à la formation des effectifs, à la recherche, à l'établissement et au fonctionnement de l'équipement sanitaire ont entre elles des rapports de dépendance réciproque étroitement reliés au secteur des soins curatifs. En somme, tout progrès qui se manifeste dans un secteur de la santé se répercute sur les autres.

On ne saurait majorer l'importance d'élaborer des politiques, de préciser des normes et de définir la nature et les cadres des mesures nécessaires au bon fonctionnement de tout le domaine de la santé : ce sont les divers aspects du mandat confié à la Commission. C'est dans cet ensemble que s'insère la question de l'assurance-maladie. Vu la date relativement récente de sa formation, la Commission n'est évidemment pas en mesure de formuler, à ce stade de ses travaux, plus qu'un nombre limité de recommandations à ce sujet. Elle croit nécessaire, toutefois, de passer brièvement en revue certains secteurs qui illustrent bien la nécessité d'un développement harmonieux et équilibré de tout le domaine de la santé.

## **LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET CONSULTATIVES**

L'importance de mettre en place des structures administratives et consultatives appropriées de même que la nécessité de coordonner ou d'intégrer les divers régimes et mesures de soins curatifs et

préventifs ont été mises en relief dans les chapitres précédents. La Commission poursuit d'ailleurs sur ces questions des études qui feront l'objet d'un rapport ultérieur. Même si, ces études n'étant pas terminées, la Commission évite de formuler des recommandations fragmentaires dans un secteur où une réorganisation générale et une orientation nouvelle s'imposent, elle croit nécessaire, à titre de mesure préliminaire, la nomination d'un sous-ministre adjoint à la Santé responsable des relations de travail.

#### LE SERVICE DE PLANIFICATION ET DE RECHERCHE

Toujours au plan de l'organisation et des structures, la Commission a constaté, avec étonnement, l'absence d'un service efficace de planification et de recherche au sein du ministère de la Santé. Lorsqu'on songe à la multitude des problèmes qui surgissent constamment et à leurs répercussions sur la collectivité, à la nécessité de coordonner et de rendre rationnelle l'action du ministère dans ses diverses sphères, au besoin d'évaluer périodiquement l'efficacité et le fonctionnement des multiples mesures et organismes et à la nécessité d'analyser les données statistiques, une telle carence, compte tenu des ressources financières en jeu, ne peut manquer de surprendre. Un service de planification et de recherche bien structuré constitue le seul moyen de maintenir l'efficacité et le dynamisme d'un ministère comme celui de la Santé. L'intérêt commun dans un domaine qui rejoint tous les membres de la collectivité dans les diverses phases de leur vie l'exige, surtout à une époque où l'action du ministère doit se diversifier constamment et faire appel à des ressources financières toujours plus grandes.

Les conséquences d'une telle lacune sont des plus graves, quelques exemples suffisent à le démontrer. L'établissement, en avril 1966, du régime d'assistance médicale, tout en constituant en tout premier lieu une mesure sociale, avait comme but secondaire de servir d'expérience en vue de l'instauration de l'assurance-maladie. Pourtant, un an plus tard, seules des statistiques globales, incomplètes et se prêtant peu à une analyse détaillée sont disponibles.

À l'occasion de ses études sur les médecins internes et résidents, dont la rémunération est versée par le ministère de la Santé, la Commission a constaté les mêmes carences. Pourtant, il s'agit là d'un secteur d'importance vitale pour l'avenir. Quant à la planification à court et à long terme des établissements et de l'équipement hospitaliers, la seule étude assez récente qui existe, à la connaissance de la Commission, ne donne qu'un aperçu très général des besoins de nouveaux lits<sup>1</sup>. Au secteur des effectifs, la Commission a constaté la même carence de planification.

1. Ministère de la Santé : *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec*, Québec, février 1966.

Devant un tel état de choses, la Commission se voit dans l'obligation d'énoncer une autre recommandation fragmentaire, soit de créer aussi rapidement que possible, au ministère de la Santé, un service de planification et de recherche composé d'un personnel compétent sous la responsabilité d'un sous-ministre adjoint. Ce service devrait posséder l'autorité de confier des sujets d'étude à des spécialistes et à des conseillers de l'extérieur, vu l'impossibilité pratique de constituer et de maintenir une équipe possédant toutes les connaissances et l'expérience nécessaires dans les multiples secteurs de préoccupation du ministère. Un rapport subséquent précisera davantage les fonctions de ce service ainsi que la place qu'il occupera dans les nouvelles structures que la Commission recommandera.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- 1.90. QUE soit créé au ministère de la Santé un service de planification et de recherche sous la direction d'un sous-ministre adjoint.*

## **LA PRÉVENTION**

La médecine préventive est un secteur d'un très haut rendement social et économique. Dans la perspective de l'établissement d'un régime d'assurance-maladie et devant les coûts élevés des régimes de soins et de services hospitaliers, on ne saurait rester indifférent aux économies considérables qui résulteront d'une organisation plus efficace des systèmes de dépistage et de prévention. L'idéal proposé n'est rien de moins que le perfectionnement parallèle de la médecine préventive et de la médecine curative, à un rythme que dicte la plus grande efficacité globale possible; en d'autres termes, prévenir la maladie, dans tous les cas où la chose est humainement possible et économiquement logique, pour n'avoir pas à la guérir.

Une plus grande uniformité s'impose dans les programmes d'hygiène et de prévention à travers le Québec, afin d'assurer l'application de toutes les mesures essentielles, coordonnées en ce sens, plus particulièrement le travail effectué dans le milieu scolaire. On doit également accorder une plus grande importance à la prévention secondaire, par l'établissement de cliniques, facilement accessibles, de dépistage de la maladie dès ses débuts. Selon un mémoire soumis à la Commission par trois hygiénistes réputés, « les lésions cancéreuses constituent l'affection qui offre le plus de possibilités pour la prévention secondaire <sup>1</sup> »; le cancer est donc un exemple typique d'affection qui doit faire l'objet d'un dépistage plus méthodique et plus généralisé.

---

1. Mémoire soumis par les docteurs Patry, Bonnier et Gélinas, p. 10.

Enfin, il nous apparaît important, dans l'optique d'une médecine globale et intégrée, d'utiliser également pour le dépistage des maladies à leur début toutes les ressources sanitaires disponibles. « La profession médicale et les organisations hospitalières doivent songer sérieusement à cette responsabilité de prévention et de dépistage qu'elles ont négligée <sup>1</sup>. »

Les soins prénataux sont très inégalement distribués dans les régions rurales et semi-rurales. Sauf dans quelques centres hospitaliers, localisés surtout à Montréal et à Québec, les services de surveillance prénatale sont insuffisants. Les organismes provinciaux, municipaux ou privés (Infirmières de l'Ordre de Victoria, Infirmières visiteuses et autres) ne peuvent offrir, en général, que des services partiels sous forme de cours théoriques et d'exercices respiratoires. De plus, il n'atteignent qu'une infime portion de la population à laquelle ils sont destinés.

Si l'on fait exception de la région de Montréal, les soins préventifs aux nourrissons, de la naissance jusqu'à deux ans, laissent grandement à désirer; pour les enfants d'âge préscolaire, très peu de services de santé municipaux ou provinciaux en offrent présentement une gamme satisfaisante. Pourtant, l'extrême importance de cette période de la vie de l'enfant suggère qu'on favorise son développement par des soins préventifs de tous ordres : physiques, psychologiques, neuro-moteurs et sociaux. Aussi complets que possible, ces mêmes soins dispensés dans les écoles auraient une portée sociale indéniable; en effet selon la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec, « un service de santé scolaire complet, intégré et généralisé pourrait en l'espace d'une génération améliorer considérablement la santé et la vitalité de la population du Québec <sup>2</sup> ».

Enfin, avec l'augmentation constante du niveau d'instruction et la diminution graduelle des heures de travail, toute la population est de plus en plus désireuse d'apprendre. Dans cette conjoncture favorable, un effort cohérent d'éducation populaire en matière d'hygiène et de prévention est promis à un résultat certain.

#### LA FLUORATION DES EAUX DE CONSOMMATION

Au premier plan des mesures préventives particulièrement efficaces, la fluoration de l'eau de consommation apparaît comme la seule mesure de prévention massive actuellement connue pour réduire la carie dentaire, qui atteint 99 pour cent de la population. La fluoration

1. *Ibid.*, p. 11.

2. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, Imprimeur de la Reine, Québec, vol. III, chap. 32, p. 324.

de l'eau est un procédé mécanique par lequel on ajuste la teneur de fluor dans l'eau (entre une partie et une partie et demie par million).

D'une manière générale, les principaux effets de la fluoration de l'eau sur la santé dentaire peuvent se résumer comme il suit :

- l'incidence de la carie dentaire diminue de 60 à 65 pour cent;
- le nombre des enfants exempts de carie des dents augmente de 5 à 6 fois;
- la perte des molaires de six ans diminue de 70 pour cent;
- l'incidence de la carie dentaire sur les incisives supérieures permanentes diminue de 90 pour cent; et
- elle entraîne une diminution du nombre des cas de fractures osseuses chez les personnes âgées.

Afin de montrer l'influence de la fluoration de l'eau de consommation sur la carie dentaire, nous présentons en appendice les résultats d'études comparatives effectuées au Québec et en Ontario<sup>1</sup>. Les résultats de ces études, conduites selon toutes les règles scientifiques, confirment de façon valide et sûre les effets énumérés plus haut.

De l'avis des experts, la fluoration de l'eau de consommation n'atteint sa pleine efficacité que chez ceux qui ont bu de l'eau fluorée depuis leur enfance. Pour que les enfants obtiennent les meilleurs résultats de l'ingestion des fluorures, ils doivent consommer ces fluorures pendant la période où l'émail des dents se forme. La fluoration produit des effets permanents; l'influence en est décisive, toutefois, de la naissance jusqu'à l'apparition des deuxièmes molaires, c'est-à-dire entre 12 et 14 ans.

La liste serait longue des faits et témoignages qui confirment l'action bénéfique du fluor sur la santé des dents : la nécessité de la fluoration des eaux de consommation ne fait donc plus de doute dans notre esprit.

On estime qu'une telle mesure étendue à tout le Québec équivaldrait à l'apport de deux cents nouveaux dentistes. Or, en plus d'être efficace et de ne comporter aucun danger, cette mesure préventive n'entraîne pas d'engagement financier d'importance : il en coûte, en effet, de cinq à six mille dollars pour installer des appareils dont le débit quotidien d'eau fluorée, par appareil, atteint cinq à six millions de gallons. On estime, par ailleurs, à dix ou quinze sous par personne par année les frais d'administration d'une telle usine.

Les organismes invités par la Commission à se prononcer sur cette question se sont tous montrés entièrement favorables à la fluoration des eaux de consommation. Rappelons que l'Association dentaire canadienne et l'Association canadienne pour la santé publique, pour ne nommer qu'elles, se sont également déclarées favorables.

---

1. Voir appendice IV, « Les effets de la fluoration des eaux de consommation sur la carie dentaire ».

à une telle mesure. Pourtant, au Québec, les progrès réalisés dans cette voie sont très lents par rapport à l'ensemble du Canada, et à l'Ontario en particulier, comme en fait foi le tableau suivant.

**TABLEAU XV**

**Nombre de personnes et pourcentage de la population consommant de l'eau fluorée, par province, 1966**

<i>Province ou territoire</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre de personnes</i>
Manitoba . . . . .	59.6	573,300
Ontario . . . . .	47.0	3,166,100
Yukon . . . . .	34.0	5,100
Saskatchewan . . . . .	29.4	279,600
Territoires du Nord-Ouest . . . . .	26.0	6,500
Nouvelle-Écosse . . . . .	25.1	191,200
Québec . . . . .	7.3	410,900
Alberta . . . . .	5.3	76,200
Colombie-Britannique . . . . .	4.9	86,900
Terre-Neuve . . . . .	1.2	6,000
Île-du-Prince-Édouard . . . . .	0.0	—
Nouveau-Brunswick . . . . .	0.0	—
<i>Canada . . . . .</i>	<i>24.5</i>	<i>4,801,800</i>

Source : Canadian Dental Association, *Bureau of Economic Research-Fluorination in Canada*, 1966, Tableau 3.

Étant donné, par conséquent, les avantages incontestables d'une telle mesure et la lenteur des municipalités à l'adopter, on devrait prendre tous les moyens pour étendre assez rapidement la fluoration à tout le Québec. Les municipalités devraient être tenues d'installer des appareils de fluoration au cours des trois prochaines années avec l'aide du gouvernement du Québec, sous forme de conseils techniques et de subventions égales à la moitié du coût des appareils.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 91. QUE les municipalités soient tenues d'installer, au cours des trois prochaines années, des appareils de fluoration des eaux de consommation avec l'aide du gouvernement du Québec, sous forme de conseils techniques et de subventions égales à la moitié du coût des appareils; que cette obligation s'applique tant aux corporations municipales qu'aux personnes exploitant un aqueduc en vertu d'une franchise.*



## LES EFFECTIFS

Un chapitre précédent analyse la question des effectifs médicaux en fonction de la demande de soins dans le cadre de l'assurance-maladie. Le rapport de la Commission sur les médecins internes et résidents<sup>1</sup> est également relié de façon très étroite à la question des effectifs médicaux. Ces deux études n'en ont pourtant pas couvert tous les aspects, dont plusieurs seront examinés ultérieurement par la Commission. Par exemple, les effectifs nécessaires au secteur de la médecine préventive. En dépit de l'importance de la prévention, il existe au Québec une pénurie de médecins hygiénistes. D'évidence indiscutable, la nécessité d'établir sur-le-champ une politique de recrutement et de perfectionnement qui assure à l'hygiène et à la prévention le personnel requis est d'autant plus urgente que les étudiants québécois constituent une infime minorité à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal. Le volume II du rapport de notre Commission de même que le chapitre évoqué plus haut du présent volume permettent toutefois d'apprécier la complexité des problèmes que soulèvent la formation, le maintien et la distribution géographique des effectifs médicaux nécessaires aux besoins et à l'évolution constante des conditions d'exercice. Des problèmes analogues se posent aux multiples catégories de professionnels et de travailleurs œuvrant dans le domaine de la santé.

En outre, les politiques et les mesures reliées à l'accroissement des divers types d'effectifs doivent être coordonnées. Quelques exemples suffisent à justifier cette affirmation. À la formation de radiologistes et de médecins biologistes assez nombreux doit correspondre la préparation parallèle de technologistes compétents qui collaboreront avec eux. Il en est de même du personnel infirmier, œuvrant dans les divers champs d'activité du médecin praticien. Pourtant, malgré les efforts déployés depuis quelques années, on constate une pénurie de travailleurs tant chez les technologistes que chez le personnel infirmier. De ce déséquilibre résulte une diminution du rendement non seulement de ces deux groupes mais aussi, indirectement, de l'activité médicale en général ainsi que de l'efficacité des installations hospitalières.

Même si la Commission n'a pas — il s'en faut ! — complété son étude des effectifs, le niveau de ces derniers n'en laisse pas moins apercevoir plus d'un déséquilibre. Le domaine de la santé mentale, malgré les efforts particuliers déployés au cours des récentes années, déplore toujours la pénurie des psychiatres. Du côté des pharmaciens, mauvaise répartition géographique et disproportion numérique entre les pharmaciens d'officines et les pharmaciens d'hôpitaux. La situation

---

1. Volume II, *Les médecins internes et résidents*.

des effectifs dentaires n'est pas davantage satisfaisante : alors que la norme d'un dentiste par 2,500 habitants suggérée par la Division de l'hygiène dentaire du ministère de la Santé justifierait un total de 2,400 dentistes pour l'ensemble du Québec, le nombre réel des dentistes s'élevait à 1,550 au 1er janvier 1967, et encore faut-il ajouter que, parmi ceux-ci, « 275 ont plus de 60 ans et donnent un rendement diminué<sup>1</sup> ». Cette situation s'aggrave du fait que 1,100 dentistes exercent dans les villes de 10,000 habitants et plus.

À l'heure où l'équipe thérapeutique devient de plus en plus complexe et requiert le concours de disciplines plus nombreuses, où l'exercice en groupe prend une importance sans cesse accrue, on ne saurait sous-estimer l'importance de l'effort et des moyens à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes que suscite, par exemple, la seule formation d'un personnel compétent. L'effort financier qu'exigent la construction, la réfection, l'équipement et l'opération des établissements d'enseignement, les doyens des facultés de médecine de la province de Québec nous en donnent une idée en évaluant à environ \$100 millions les coûts de construction et d'aménagement de centres intégrés d'enseignement des sciences de la santé à l'Université de Montréal et à l'université Laval.

Afin d'appuyer le développement de l'assurance-maladie, le gouvernement du Canada a établi, au milieu de 1966, une mesure spéciale : la Caisse d'aide à la santé. Cette mesure représente un premier effort d'allocation de fonds pour des investissements dans la construction des bâtiments et l'achat de l'équipement requis pour la formation du personnel et la recherche dans le domaine de la santé. Au moyen de cette caisse, le gouvernement fédéral versera aux provinces, au cours des quinze prochaines années, une somme de \$500 millions. Pour en obtenir leur part, les provinces ont à présenter des projets conformes aux normes établies par le Comité consultatif de la Caisse d'aide à la santé et assumer environ 50 pour cent du coût d'exécution des projets approuvés.

Cette mesure peut donc grandement contribuer à la solution des problèmes que pose la formation des effectifs. Au Québec de prendre les moyens qui s'imposent pour l'utiliser rationnellement et à plein. La Commission n'a constaté aucun effort concerté de planification ni aucune consultation véritable avec les principaux intéressés, soit les autorités universitaires, les doyens des facultés et les responsables des collèges professionnels.

Devant une telle situation, la Commission croit urgente la formation d'un comité *ad hoc*, en attendant la création d'organismes permanents, pour conseiller le ministre de la Santé dans l'utilisation

---

1. Étude sur le nombre de dentistes dans la province de Québec au 1er janvier 1967, Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec.

des ressources financières offertes au Québec par la Caisse d'aide à la santé. Ce comité devrait être composé de spécialistes dans les diverses disciplines intéressées à l'enseignement et à la recherche représentant les ministères de la Santé et de l'Éducation, les facultés et les collèges professionnels.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 92. QU'un comité ad hoc soit formé pour conseiller le ministre de la Santé dans l'utilisation des ressources financières offertes au Québec par la Loi fédérale de la Caisse d'aide à la santé; que ce comité soit composé de représentants des ministères de la Santé et de l'Éducation, des facultés et des collèges professionnels.*

## **LE SYSTÈME HOSPITALIER**

Toute étude du système hospitalier débouche à la fois sur une foule d'aspects qui la situent dans le cadre plus large d'un système global et intégré de distribution des divers types de soins et de services. Il n'est évidemment pas possible à la Commission, au stade actuel de ses travaux, de préciser de façon définitive toutes les politiques et mesures nécessaires à ce secteur. Toutefois, certains problèmes portés à la connaissance de la Commission et qui exigent une solution méritent d'être cités dans le cadre du présent chapitre.

En premier lieu, mentionnons que les données contenues dans une étude préliminaire, effectuée au début de 1966 par le ministère de la Santé<sup>1</sup>, révèlent une pénurie de lits pour malades chroniques et convalescents. Alors qu'on disposait, à ce moment-là, de 1.03 lit par 1,000 habitants pour malades chroniques et convalescents, l'étude suggère une norme de 1.25 lit pour malades chroniques et de 0.25 lit pour convalescents. Selon la norme suggérée, le besoin de nouveaux lits, outre ceux qui ne répondent plus à des exigences minimales, s'élèverait à environ 2,800 pour l'ensemble du Québec. Il arrive souvent que des lits d'hôpitaux généraux soient occupés par des malades chroniques et convalescents. Un pourcentage aussi élevé que

1. Ministère de la Santé : *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec*, Québec, février 1966.

20 pour cent a été mentionné devant la Commission, alors qu'il existe des listes d'attente très longues dans nombre d'hôpitaux généraux. Un développement plus équilibré du potentiel hospitalier sur ce plan permettrait de mieux répondre aux besoins de la population tout en abaissant le coût par tête de l'hospitalisation. Dans le cadre de la planification qui s'impose pour combler cette lacune, on estime nécessaire d'investir \$40,000,000 pour l'installation de nouveaux lits pour malades chroniques et convalescents; cette estimation est basée sur un coût moyen approximatif de \$15,000 par lit.

La Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques soumettait au gouvernement, en 1962, un rapport dans lequel elle recommandait une réorganisation complète du secteur des maladies mentales<sup>1</sup>. Malgré les efforts déployés et les résultats obtenus, il reste, si l'on tient compte des nombreuses recommandations de la Commission d'étude, beaucoup à faire dans ce secteur. Rappelons, par exemple, que la Commission d'étude recommandait que tout hôpital général d'au moins 200 lits possède son service de psychiatrie avec consultation externe et que le nombre de lits consacrés à la psychiatrie représente au moins 10 pour cent du total des lits de l'hôpital. Malgré cette recommandation, dont le bien-fondé est reconnu, formulée il y a plus de cinq ans, un seul hôpital général de la région de Québec, pour nous limiter à ce secteur géographique, est en voie d'aménagement à cette fin. En outre, en dépit des recommandations de la Commission d'études relatives à la construction et à l'aménagement de quatre hôpitaux psychiatriques régionaux et de deux hôpitaux psychiatriques pour enfants et adolescents, le seul nouvel établissement construit au cours des cinq dernières années a été l'institut Philippe-Pinel.

La couverture des examens diagnostiques et de la radiologie dans les consultations externes a également mis en relief la nécessité de planifier et d'organiser ces services de façon plus efficace dans nombre d'hôpitaux. Les études que la Commission poursuivait au moment de l'annonce de l'extension de la couverture de l'assurance-hospitalisation confirment d'ailleurs ce besoin.

Enfin, l'établissement d'hôpitaux généraux dans certaines régions<sup>2</sup>, le réaménagement des services de clinique dans divers hôpitaux, les besoins soulignés dans notre second volume au plan de l'enseignement et de la recherche dans les hôpitaux d'enseignement, les mesures à prendre pour améliorer l'efficacité et le rendement des hôpitaux, constituent autant d'autres exemples de problèmes dont la solution nécessite une planification globale et régionale, des investissements importants et un personnel compétent.

---

1. *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, 1962.

2. Ministère de la Santé : *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec*, Québec, février, 1966.

## CONCLUSION

La Commission l'a déjà indiqué, ce chapitre a voulu insister sur la nécessité d'équilibrer et de coordonner le développement et l'action dans les divers secteurs de la santé, afin qu'ils puissent fonctionner harmonieusement et efficacement. Il a voulu, en plus, mettre en relief, par le choix d'un certain nombre d'exemples, la nécessité d'amorcer, dans les divers secteurs de la santé, une action énergique et éclairée. Cette initiative devra précéder et accompagner l'établissement du régime québécois d'assurance-maladie. Enfin, la Commission a voulu souligner que le gouvernement devra, en même temps qu'il s'engage dans la voie de l'assurance-maladie, effectuer des investissements considérables afin de donner un meilleur équilibre au domaine de la santé; ce nouveau régime doit non seulement répondre aux besoins nouveaux, mais aussi combler les lacunes existantes.



## **VI**

---

### **La Loi fédérale sur les soins médicaux**





## La Loi fédérale sur les soins médicaux

La santé et le bien-être social sont des domaines qui relèvent de la compétence législative du Québec. À cet égard, l'arrêté en conseil créateur de notre Commission est explicite <sup>1</sup>. La Commission n'a donc pas jugé nécessaire de procéder à une étude constitutionnelle sur la situation de la santé et du bien-être.

Toutefois, l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* n'a pas confié de façon exclusive le domaine de la santé à l'un ou à l'autre ordre de gouvernement. Aussi, des initiatives ont-elles été prises en ce domaine tant au niveau du gouvernement fédéral qu'à celui des gouvernements provinciaux et locaux.

Le gouvernement du Canada a adopté une loi, qui entrera en vigueur au plus tard le 1er juillet 1968, prévoyant le paiement de subventions conditionnelles aux provinces qui établiront des régimes d'assurance-maladie conformes aux normes générales qu'elle prescrit <sup>2</sup>.

L'adoption de cette loi par le Parlement du Canada constitue certes un fait que notre Commission ne saurait ignorer. Aussi, convient-il d'examiner, d'une part, le contexte constitutionnel dans lequel se situe cette intervention du gouvernement du Canada en matière d'assurance-maladie et, d'autre part, certains éléments et effets fondamentaux de cette loi.

### LE CONTEXTE CONSTITUTIONNEL

L'intervention du gouvernement du Canada en matière d'assurance-maladie, par le truchement de la Loi sur les soins médicaux, se situe dans le cadre du pouvoir de dépenser du gouvernement du Canada dans les domaines qui relèvent de la compétence législative des provinces.

L'assurance-maladie, il faut le rappeler, s'insère dans le cadre général de la sécurité sociale. Or, la situation constitutionnelle du pouvoir de dépenser du gouvernement du Canada en matière de sécurité sociale n'a jamais été parfaitement claire en raison de l'absence, dans la Loi constitutionnelle de 1867, de dispositions précises relatives à la sécurité sociale.

Une telle carence législative, qui s'explique par le fait que la sécurité sociale constitue une responsabilité relativement nouvelle de l'État, puisqu'on n'en soupçonnait même pas l'existence en 1867,

---

1. « Attendu que le bien-être social et la santé, deux domaines intimement liés, sont de la compétence du Québec. »

2. Voir, pp. 202-209, la reproduction par procédé typographique de la photocopie du texte même de cette loi.

n'a pas manqué de susciter une certaine controverse sur la question de savoir qui possède la compétence législative, y compris le pouvoir de dépenser, en matière de sécurité sociale.

Ceux qui supportent la thèse favorable au gouvernement fédéral mettent l'accent sur l'aspect d'ordre général ou national de la sécurité sociale et invoquent particulièrement :

— le pouvoir général qu'a le Parlement du Canada de faire des lois « pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada » (A. A. N. B., art. 91);

— le fait que la législation sociale proposée a pour fin de résoudre un problème national urgent; et

— l'autorité législative exclusive au Parlement du Canada sur

a) la dette publique et la propriété publique (A. A. N. B., art. 91 (1A)),

b) le prélèvement de deniers par tout mode ou système de taxation (A. A. N. B., art. 91 (3))<sup>1</sup> et

— la disposition contenue à l'article 132 de l'A. A. N. B. qui dit que le Parlement et le gouvernement du Canada auront tous les pouvoirs nécessaires ou utiles pour remplir envers les pays étrangers les obligations que des traités entre l'empire britannique et ces pays étrangers pourront imposer au Canada ou à quelqu'une de ses provinces comme partie de l'empire.

Les tenants de la thèse favorable aux gouvernements provinciaux, pour leur part, mettent l'accent sur l'aspect « droit civil » de la sécurité sociale et invoquent particulièrement la juridiction expresse et exclusive des provinces sur :

— l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, des asiles, des hospices et des refuges dans les limites et pour la population de la province, sauf les hôpitaux de marine (art. 92 (7));

— les institutions municipales dans la province (art. 92 (8));

— la propriété et les droits civils (art. 92 (13)); et

— de façon générale, toutes les matières qui, dans la province, sont d'une nature purement locale ou privée (art. 92 (16)).

En raison même de cette incertitude constitutionnelle et de la controverse qui en découle, les mesures gouvernementales en matière de sécurité sociale revêtent les formes les plus diverses.

---

1. Les tenants de la thèse favorable au gouvernement fédéral soulignent que cette disposition laisse au gouvernement du Canada la possibilité de prélever des deniers pour des fins autres que des fins purement fédérales et appuient leurs dires, entre autres, sur la disposition correspondante en ce qui concerne les provinces (A. A. N. B., art. 92 (2)), laquelle est plus restrictive et se lit comme il suit :

92. « Dans chaque province, la législature a le droit exclusif de légiférer sur les matières qui rentrent dans les catégories de sujets ci-après énumérées :

2. Les contributions directes dans la province en vue de prélever des revenus pour des fins provinciales; ».

Il est certain, d'une part, que le gouvernement fédéral a le droit, dans un domaine spécifique, d'établir un régime de prévoyance sociale qui s'applique uniquement à ses employés. Mais, d'autre part, la controverse naît lorsqu'il s'agit d'instaurer un régime de sécurité sociale qui s'applique à tous les citoyens.

Pour les fins du présent exposé, il nous a paru utile de grouper ces mesures sous les deux titres suivants : les régimes contributifs et les régimes non contributifs. Nous constaterons que la situation constitutionnelle de ces mesures varie selon qu'il s'agit du premier régime ou du second.

### LES RÉGIMES CONTRIBUTIFS

La controverse qui opposa le gouvernement fédéral aux gouvernements des diverses provinces, relativement aux droits constitutionnels respectifs des deux ordres de gouvernement touchant les régimes d'assurance sociale, a été réglée par le jugement du Comité judiciaire du Conseil privé en 1937 sur la validité de la Loi sur le placement et les assurances sociales de 1935<sup>1</sup>. En effet, dans cette affaire, le Conseil privé décida que :

The Employment and Social Insurance Act, 1935, of the Parliament of Canada, which in substance provided for a system of compulsory unemployment insurance throughout Canada, was *ultra vires* of the Dominion parliament. In pith and substance the Act was an insurance Act affecting the civil rights of employers and employees in each Province and was accordingly within the exclusive competence of the Provincial Legislatures under s. 92, head 13, of the *British North America Act, 1867*, which provided that « In each province the Legislature may exclusively make laws in relation to... (13) property and civil rights » in the Province.

The Act did not purport to deal with, and could not be supported on the ground of, any special emergency arising from the degree of unemployment in Canada at the relevant date.

The other parts of the Act were so inextricably mixed up with the insurance provisions of Part III that it was impossible to sever them, and whole Act was therefore *ultra vires* and invalid<sup>2</sup>.

Les juges du Conseil privé furent donc d'avis que les dispositions relatives au type d'assurance en cause tombaient sous le coup du paragraphe 13 de l'article 92 de l'A. A. N. B. relatif à la propriété et au droit civil, puisqu'elles touchaient directement aux biens et aux « droits civils » des employeurs et des employés dans chaque province. Ils n'acceptèrent pas que cette loi pût être maintenue sous prétexte qu'elle aurait été justifiée par un « état d'urgence » ou par son importance particulière pour le Canada au moment de son adoption, étant donné qu'elle devait s'appliquer de façon permanente. Ils n'acceptèrent pas non plus l'opinion des deux juges dissidents de la Cour suprême selon laquelle cette loi pouvait être maintenue en

1. (1937) A. C., 355.

2. *Ibid.*

vertu du pouvoir du Parlement du Canada de prélever des deniers par tout mode ou système de taxation. Il est vrai que, d'une façon générale, le Parlement du Canada peut lever des impôts en vue de créer un fonds pour des fins spéciales, mais

assuming that the Dominion has collected by means of taxation a fund, it by no means follows that any legislation which disposes of it is necessarily within Dominion competence. It may still be legislation affecting the classes of subjects enumerated in S. 92, and, if so, would be *ultra vires*. In other words, Dominion legislation, even though it deals with Dominion property, may yet be so framed as to invade civil rights within the province, or encroach upon the classes of subject which are reserved to Provincial competence<sup>1</sup>.

Discutant ce jugement, le politicologue A. H. Birch a déclaré ce qui suit :

This judgement by the Judicial Committee settled two issues beyond all doubt. In the first place, it made it clear that the Dominion Parliament would not be allowed to appropriate money for matters within the sphere of provincial legislation, and in view of the « property and civil rights » clause it may be assumed that this means virtually all matters other than those enumerated in Section 91. Judicial interpretation has thus denied to Canada an important device for securing flexibility in the federal system, which has been used successfully in both the United States and Australia. In the second place, it dashed all hopes that the residuary powers accorded to the Dominion in the *B. N. A. A.* could in fact be used except in times of war<sup>2</sup>.

Par ce jugement, le Comité judiciaire du Conseil privé ne faisait que confirmer le jugement majoritaire rendu l'année précédente par la Cour suprême du Canada<sup>3</sup> dans lequel monsieur le juge Thibodeau Rinfret avait, entre autres choses, déclaré :

Insurance of all sorts, including insurance against unemployment and health insurances, have always been recognized as being exclusively provincial matters under the head « Property and Civil Rights », or under the head « Matters of a merely local or private nature in the Province ». By force of the *British North America Act*, the power to make laws for the peace, order and good government of Canada is given to the Dominion Parliament only « in relation to all matters not coming within the classes of subjects by this Act assigned exclusively to the legislatures of the provinces<sup>4</sup> ».

Sur le plan constitutionnel, il ne fait donc plus de doute, à l'heure actuelle, que le Parlement fédéral n'a pas le pouvoir d'adopter une loi relative à l'institution d'un régime *contributif* de sécurité sociale, qu'il s'agisse d'un régime de pensions de vieillesse, d'assurance-chômage ou d'assurance-maladie<sup>5</sup>. En effet, le paiement de cotisations ou de primes par les employeurs ou les travailleurs fait d'un tel régime fédéral une mesure d'assurance qui tombe sous le

1. *Ibid.*, p. 367. Voir aussi *Porter v. The Queen*, (1965) *Ex. C. R.*, 200, pp. 212-213.
2. *Federalism Finance and Social Legislation in Canada, Australia and the United States* (Oxford, 1955), p. 162. Voir aussi *E. F. Ryan et Barry v. Stulsky, Canada Loans Act — Ultra Vires*. (1964-66) 2 *U. B. C. L. Rev.*, 299 à 302-303. Voir enfin *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* (Commission Rowell-Sirois), vol. II, p. 31.
3. Reference *re* : the Employment and Social Insurance Act, (1936) *S. C. R.*, 427.
4. *Ibid.*, p. 451.
5. R. Mendelsohn : *Social Security in the British Commonwealth*, University of London, the Athlone press, (1954), p. 76.

coup du paragraphe 13 de l'article 92 de l'A.A.N.B. relatif à la propriété et au droit civil. En tant que mesure d'assurance contributive, l'assurance-maladie relève donc de façon claire et précise de la compétence législative exclusive des provinces.

Le Parlement du Canada n'a pas davantage le pouvoir d'imposer un impôt de sécurité sociale dont le produit est affecté à un fonds spécial en vue de couvrir les frais d'une mesure de sécurité sociale donnée. En effet, l'existence d'un lien entre la mesure de sécurité sociale et la mesure de taxation obligatoire rend cette dernière susceptible d'être jugée par les tribunaux comme constituant une loi d'assurance obligatoire, invalide pour les raisons données par le Conseil privé dans son jugement précité<sup>1</sup>.

La Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces a d'ailleurs explicitement reconnu ces principes lorsqu'elle a déclaré : « Il est essentiel que les provinces héritent des pouvoirs non attribués en matière de prévoyance sociale et que les fonctions du fédéral soient considérées comme des exceptions à la règle générale qui comporte la responsabilité provinciale<sup>2</sup>. »

### LES RÉGIMES NON CONTRIBUTIFS

En raison de la jurisprudence élaborée par le Conseil privé au sujet des régimes contributifs, il semble que, outre l'amendement constitutionnel, la seule façon pour le Parlement du Canada de tenter de légiférer dans le domaine de la sécurité sociale serait d'adopter des lois qui chargent le trésor fédéral de tous les frais et qui n'impliquent pas de contributions de la part des employeurs ou des travailleurs.

### LE PAIEMENT AUX INDIVIDUS

Malgré les réserves et la désapprobation de plusieurs juristes et politologues<sup>3</sup>, le gouvernement fédéral a toujours affirmé pouvoir, par le truchement d'une législation, appliquer aux individus un régime général de sécurité sociale dont le coût est acquitté à même les revenus généraux. En effet, il s'agirait là, prétend-on, d'une simple affectation de deniers publics à une fin particulière,

1. Voir F. P. Varcoe : *Témoignage devant le Comité mixte d'enquête du Sénat et de la Chambre des communes sur les pensions de vieillesse*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1950, Session 2.
2. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* (Commission Rowell-Sirois), volume II, p. 31.
3. D. V. Smiley : « Conditional Grants and Canadian Federalism », (1963) *Can. Tax Foundation Papers*, No. 32 ; *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels* (Commission Tremblay), 1956, vol. II, pp. 214-223.

et une telle législation serait parfaitement valide pourvu qu'elle n'exige pas une évaluation des ressources et, partant, que tous les individus en bénéficient<sup>1</sup>.

Nous n'avons pu retracer qu'un seul cas où quelqu'un a voulu mettre en doute la constitutionnalité d'une loi de ce genre. Il s'agit de l'affaire *François-Albert Angers vs le ministre du Revenu national*<sup>2</sup>. Dans cette affaire, monsieur Angers, qui avait refusé l'allocation familiale sous le prétexte de l'inconstitutionnalité de la Loi sur les allocations familiales<sup>3</sup>, prétendit avoir droit à des abattements de base plus substantiels sur son revenu imposable. La Cour de l'échiquier, se fondant à la fois sur la Loi de l'impôt et sur la Loi sur les allocations familiales, rejeta ses prétentions.

#### LE PAIEMENT AUX PROVINCES

Relativement au paiement par le gouvernement fédéral de subventions aux provinces, il y a lieu de distinguer entre les subventions inconditionnelles, incluant celles spécifiquement prévues à l'article 118 de l'A. A. N. B., et toutes les autres subventions conditionnelles que le gouvernement fédéral a accoutumé de verser aux provinces, principalement pour favoriser l'établissement de divers régimes de sécurité sociale.

##### a) Les subventions inconditionnelles

L'article 118 de l'A. A. N. B. prévoit, pour certaines fins précises, le paiement aux provinces de subventions inconditionnelles. Cependant, cet article ne confère au gouvernement fédéral aucun pouvoir général de donner des subventions, même inconditionnelles, autres que celles qu'il détermine. Cela n'a pas empêché le gouvernement fédéral d'accorder aux provinces, en plus des subventions prévues à l'article 118, certaines autres subventions sans condition qui, une fois payées, peuvent être dépensées par elles à leur gré comme toute autre partie de leurs revenus.

Ces subventions inconditionnelles sont généralement faites en vertu du pouvoir exprès conféré au Parlement du Canada d'affecter aux services publics le fonds général du revenu du Canada<sup>4</sup>, et reposent, semble-t-il, sur la théorie du « *gift* » telle que développée par le professeur F. Scott<sup>5</sup>. Cette théorie veut que le gouvernement

1. Voir F. P. Varcoe : *Témoignage devant le Comité mixte d'enquête du Sénat et de la Chambre des communes sur les pensions de vieillesse*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1950, Session 2.

2. (1957) *Ex. C.R.*, 83.

3. *S.R.C.* 1952, chap. 109.

4. *A. A. N. B.*, art. 106.

5. « Constitutional Background and Tax Agreements », (1955) 2 *McGill L.J.*, 6; « Areas of Conflict in the Field of Public Law and Policy », (1956) 3 *McGill L.J.*, 29; « French-Canada and Canadian Federalism », A. R. M. Lower, F. R. Scott et autres. *Evolving Canadian Federalism*, Durham, 1958, p. 77-78.

fédéral puisse, en vertu de la prérogative royale, disposer en toute liberté et à son entière discrétion de ses fonds généraux. Si on l'accepte, elle conduit à une situation où le gouvernement fédéral peut dominer financièrement les champs les plus importants de la compétence législative des provinces et empêcher, ainsi, ces dernières de planifier leur action à long terme.

Il est certes permis de douter de la valeur constitutionnelle de cette théorie qui repose entièrement sur la prérogative royale. En effet, si la doctrine de la prérogative royale s'applique très bien dans un État unitaire comme l'Angleterre, il en va bien autrement dans un État fédéré comme le Canada où deux ordres de gouvernement et, partant, de compétence coexistent<sup>1</sup>. La situation constitutionnelle des subventions inconditionnelles non prévues dans l'A. A. N. B. est donc sujette à discussion.

#### **b) Les subventions conditionnelles**

Si la situation constitutionnelle des subventions inconditionnelles octroyées par le gouvernement fédéral, autres que celles prévues dans l'A. A. N. B., est sujette à discussion et partant, incertaine, celle des subventions conditionnelles l'est bien davantage. Dans ce dernier cas, en effet, à l'incertitude attachée au principe même de la subvention s'ajoute une incertitude beaucoup plus grande encore, du fait que la législation prévoyant la subvention est susceptible d'être déclarée *ultra vires* par les tribunaux, si les conditions qu'elle y attache touchent la substance de matières qui relèvent de la compétence législative des provinces<sup>2</sup>. Comme l'a, d'ailleurs, précédemment souligné C. J. Brant :

The constitutional problem with respect to the federal use of conditional grants-in-aid arises out of the fact that since the assistance is available only on the federal terms, their effect is to restrict the provinces in the extent to which they can choose priorities, formulate objectives and implement policy in those fields in which the grants are made available. Since primary legislative authority in these fields rests in the provinces the question has been asked as to whether or not the stipulation of conditions by the federal government is, in pith and substance, an attempt to legislate in what is an exclusively provincial field<sup>3</sup>.

Pourtant le gouvernement fédéral n'a jamais eu à justifier devant les tribunaux les subventions conditionnelles qu'il a accordées depuis 1913 pour des fins provinciales, telles que l'hygiène publique,

1. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels* (Commission Tremblay), 1956, vol. II, p. 226. Voir aussi E.F. Ryan et Barry v. Stulsky, *op. cit.*, pp. 304-305.
2. L. M. Gouin et B. C. Claxton : « Les expédients constitutionnels adoptés par le Dominion et les provinces », *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, annexe 8.
3. C. J. Brant : « Structural Adjustments in Canadian Federalism », (1967) *Thémis*, 75, p. 82.

la voirie, l'éducation technique et l'agriculture. Bien que ces subventions n'aient aucun fondement explicite dans le texte constitutionnel de 1867, les provinces ne les ont jamais contestées devant les tribunaux. Comme l'a récemment souligné A. H. Birch : « In Canada the power of the Dominion Parliament to impose conditions in connexion with grants paid to the provinces has never been challenged in the courts, and the position is uncertain <sup>1</sup>. »

Sur cette même question, D. V. Smiley ne s'est pas exprimé autrement : « In the light of the confusion left by the Judicial Committee in its decision on the Unemployment and Social Insurance Act case, it is impossible to predict with any assurance what the judiciary would find if it were called upon to rule on any extent federal enactment providing for conditional grants <sup>2</sup>. »

La raison de cette confusion provient du fait que les conditions attachées à ces subventions ont toujours été assez vagues et imprécises pour empêcher les provinces, qui en avaient grand besoin, de s'y opposer sérieusement.

À ce sujet, le professeur J. A. Corry a déclaré ce qui suit :

At first glance it seems extraordinary that no one has challenged the constitutionality of the assumed spending power before the Supreme Court... Yet a little reflection will show that proof of the unconstitutionality of federal spending for objects outside federal legislative power could prove too much for almost anybody's comfort. A great many of the substantial interests of the country now derive advantages from it, and the rest of them have not given up hope of doing so. The provincial governments... do not want to challenge it. Federal spending now supports so much of the established political, social and economic structure that prudent men hesitate to take steps that might wipe it out <sup>3</sup>.

L'un de ceux qui manifestèrent la plus farouche opposition à cette façon d'agir du gouvernement fédéral fut, comme l'a souligné la Commission Tremblay dans son rapport sur les problèmes constitutionnels <sup>4</sup>, le député Ernest Lapointe. En effet, lors de la présentation à la Chambre des communes d'un projet de loi ayant pour objet de favoriser l'enseignement technique au Canada et prévoyant l'aide du gouvernement fédéral à certaines conditions, ce dernier déclara :

Le Parlement du Canada n'a pas le droit d'intervenir dans des questions relevant exclusivement de l'autorité provinciale, même en accordant aux provinces des subventions soumises à certaines conditions. Le bill décrète (...) que le ministère devra conclure des arrangements avec les différentes provinces avant de leur accorder des subventions. Or, si l'une des provinces ne peut arriver à s'entendre avec le ministre, elle ne recevra pas un seul sou de ce chef, tandis que ses administrés seront appelés à contribuer, quand même, au soutien de l'instruction technique dans les autres provinces. Ce système est injuste. Si le gouvernement s'arroge le

1. A. H. Birch, *op. cit.*, p. 172.

2. D. V. Smiley, *op. cit.*, p. 23.

3. *Evolving Canadian Federalism*, Durham, 1958, p. 119.

4. *Op. cit.*, vol. I, p. 83.



droit de le mettre en vigueur, sous prétexte d'encourager l'instruction technique, il pourra le faire pour bien d'autres sujets... Le Gouvernement ferait bien d'y réfléchir avant de confisquer à ce point les droits des provinces<sup>1</sup>.

Dans leur étude préparée pour la Commission Rowell-Sirois et portant sur les expédients constitutionnels adoptés par le Dominion et les provinces, M<sup>e</sup> L. M. Gouin et M<sup>e</sup> B. C. Claxton, qui ont examiné cette question des subventions fédérales, ont conclu comme il suit : « Par ce qui précède, on constate que nous sommes d'opinion que le Dominion peut octroyer des sommes d'argent pour n'importe quelle fin provinciale et que la loi accordant le subside est *ultra vires* seulement quand elle traite activement d'une matière provinciale, c'est-à-dire quand elle affecte la propriété et les droits civils dans la province<sup>2</sup>. »

Voici, enfin, la conclusion des membres de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels au sujet de cette question :

Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il faut rejeter comme non fondé, comme contraire au principe fédératif et à la constitution canadienne elle-même, le droit que revendique le gouvernement fédéral de dépenser son argent à sa guise dans la sphère d'activité des provinces. Ce réseau de subventions que le gouvernement fédéral a établi, il l'a fait en marge de la Constitution et en la contournant.

Non seulement tout cela s'est fait en marge de la Constitution, mais se maintient grâce à la complicité de la plupart des provinces, qui croient y trouver leur avantage financier<sup>3</sup>.

\*

En résumé, on peut dire que, à l'heure actuelle, la situation constitutionnelle du pouvoir de dépenser du gouvernement du Canada en matière de sécurité sociale se présente comme il suit :

1. Dans les matières qui ne relèvent pas exclusivement de la compétence du gouvernement fédéral en vertu de l'A.A.N.B., l'aspect « assurance » de la sécurité sociale relève entièrement

1. Discours du 20 juin 1919, *Débats des communes*, 1919, pp. 4055-4056. — Le député insistait ensuite sur le danger de créer de pareils précédents. « Le présent gouvernement, disait-il, a commencé par accorder des subventions aux provinces en vue d'encourager l'agriculture. Nous l'avons vu ensuite accorder d'autres subventions en vue d'encourager l'enseignement agricole (...). Aujourd'hui, le gouvernement invoque ces précédents pour encourager l'instruction technique, mais il se réserve le droit de décréter de quelle façon ces sommes seront appliquées. D'autres questions surgiront à l'avenir et le projet de ce soir sera invoqué comme précédent pour faire adopter d'autres lois de même nature. L'enseignement agricole constitue la première tentative et l'instruction technique sera la seconde... Rien ne saurait empêcher le gouvernement, en s'appuyant sur de pareils précédents, d'accorder des subventions aux provinces qui consentiront à créer des écoles nationales dans leur territoire. Cette procédure est fort dangereuse. » (*Ibid.*, pp. 4065-4066.)

2. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, appendice 8. Voir aussi C. J. Brant, *op. cit.*, pp. 82-85.

3. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels*, Imprimeur de la Reine, Québec, vol. II, pp. 223-224.

et exclusivement de la juridiction des provinces. C'est donc dire que, dans de tels cas, tout régime contributif proposé par le gouvernement fédéral serait invalide, de même que l'imposition d'une taxe de sécurité sociale identifiée à une mesure donnée. Dans ce dernier cas, un fonds ainsi constitué serait considéré par les tribunaux comme un « fonds d'assurance ».

2. En l'absence de décisions judiciaires pertinentes l'en empêchant, il semble que le gouvernement fédéral puisse affecter une partie de ses revenus généraux au paiement de prestations de sécurité sociale aux citoyens, pourvu qu'aucune évaluation préalable de leurs ressources ne soit requise.

3. Il semble également que, même si dans bien des cas le gouvernement fédéral s'est entendu avec les provinces pour leur verser sans condition certaines subventions en vue de favoriser l'établissement de certaines mesures de sécurité sociale, la situation constitutionnelle de cette forme de subvention, autre que celles prévues à l'article 118 de l'A. A. N. B., soit assez incertaine.

Dans le cas de subventions conditionnelles, la situation est encore plus incertaine. Non seulement peut-on alors avoir des doutes sur la validité même de l'octroi par le gouvernement fédéral d'une subvention, mais encore on peut se demander si les conditions contenues dans la législation prévoyant la subvention touchent la substance de matières qui sont de la compétence des provinces; car, dans un tel cas, il semble clair que les tribunaux pourrait déclarer inconstitutionnelle cette subvention.

4. Il reste toujours, en outre, la possibilité pour le gouvernement fédéral d'essayer d'obtenir un amendement constitutionnel qui lui donne juridiction dans certains domaines précis de la sécurité sociale. C'est ce qui s'est produit en 1940 relativement à l'assurance-chômage, en 1951 dans le cas des pensions de vieillesse et en 1964 au sujet des prestations accessoires, y compris les prestations aux survivants et aux invalides.

Rappelons enfin que le Parlement du Canada possède une juridiction spéciale sur certaines classes de personnes, telles que les Indiens, les militaires et les membres de la Gendarmerie royale, les fonctionnaires fédéraux et certains employés d'entreprises relevant de la compétence fédérale.

D'une part, on se rend donc compte que, en ce qui touche l'aspect « assurance » de la sécurité sociale, la situation constitutionnelle est tout à fait certaine. Le gouvernement fédéral ne peut pas établir un régime contributif, sauf pour ses employés, ou encore imposer une taxe qui soit identifiée à un régime donné.

D'autre part, relativement au pouvoir du gouvernement fédéral d'affecter une partie de ses revenus généraux au paiement

de prestations de sécurité sociale directement aux individus ou de subventions aux provinces, la situation constitutionnelle est incertaine, particulièrement en ce qui touche les subventions conditionnelles.

Pour l'instant, tout ce que l'on peut dire, c'est que ce pouvoir est exercé dans les faits par le gouvernement fédéral et qu'un tel exercice n'a jamais été sérieusement contesté devant les tribunaux. Comme l'a récemment souligné D. V. Smiley : « The ways in which the federal spending power is exercised on matters within the legislative jurisdiction of the provinces is now a public policy rather than a legal issue<sup>1</sup>. »

Il nous apparaît, enfin, du plus grand intérêt de reproduire ici un extrait du *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* relatif à l'assurance-maladie. Cette Commission, dont les conclusions se sont en général révélées favorables à un gouvernement central fort, a pourtant été très catégorique pour affirmer que l'assurance-maladie relève du ressort exclusif des provinces. Voici en quels termes elle s'est exprimée :

Vu la différence marquée qui existe entre chaque province au point de vue des conditions économiques et sociales, nous avons dit, dans un autre chapitre du présent rapport, que nous jugions essentiel, sous réserve de certaines exceptions, de laisser aux provinces le soin d'assurer les services médicaux et d'hospitalisation et de choisir les moyens voulus pour y parvenir. Parmi ceux dont l'application s'avère pratique, mentionnons l'assurance-maladie. Le fait qu'il est souhaitable de confier à une province la direction de tous les services médicaux établis dans les limites de son territoire constitue un argument probant à l'encontre de tout projet visant à soustraire à la juridiction provinciale tout groupe relevant de cette juridiction. C'est ce qui arriverait si l'on instaurait un plan fédéral d'assurance-maladie. Tout projet de cette nature serait en corrélation étroite avec les autres services médicaux, spécialement ceux qui fournissent l'assistance médicale aux petits salariés.

L'assurance-maladie diffère profondément de l'assurance-chômage et des pensions de vieillesse à base contributive (qu'on désigne parfois sous le nom d'assurance-vieillesse). Au contraire de l'assurance-chômage, les exigences de l'assurance-maladie ne varient guère; il est plus facile d'en estimer les risques puisqu'ils sont plus constants. Elle n'est pas à la merci de fluctuations cycliques ou des nécessités pressantes qui causent l'épuisement des fonds de réserve, sauf en temps de chômage général où le recouvrement des primes peut devenir difficile sinon impossible. À l'encontre des pensions de vieillesse à forme contributive, l'assurance-maladie ne comporte pas d'épargne obligatoire et n'exige pas la tenue de comptes individuels pendant un certain nombre d'années d'emploi. C'est plutôt une assurance proprement dite, en ce sens qu'elle protège contre certains risques éventuels pendant une période donnée et que cette protection peut cesser à une date ou en vertu de conditions prédéterminées. Il n'est donc pas probable qu'elle fasse naître de sérieux problèmes concernant les fonds de réserve ou la comptabilité à tenir à propos des travailleurs nomades. Nous ne voyons donc pas, pour notre part, d'obstacle insurmontable à l'établissement d'une assurance-maladie provinciale.

En attribuant l'assurance-maladie à la juridiction provinciale, nous avons conscience du danger inhérent à tout système d'assurance sociale inauguré par l'une ou l'autre province d'une répartition inégale, suivant les provinces,

---

1. *Op. cit.*, p. 24.

des taxes frappant l'industrie. Nous croyons néanmoins que les divergences qui existent au Canada, suivant les régions, rendent inacceptable tout système de portée nationale.

Il ne faut pas, bien entendu, conclure des considérations ci-dessus que nous préconisons l'institution de l'assurance-maladie par les provinces; la question est de leur ressort exclusif<sup>1</sup>.

### **CERTAINS ÉLÉMENTS ET EFFETS FONDAMENTAUX DE LA LOI SUR LES SOINS MÉDICAUX**

À la lumière de ces données, il convient maintenant d'examiner la nature de l'intervention actuelle du gouvernement du Canada en matière d'assurance-maladie par le truchement de la Loi sur les soins médicaux.

Par la Loi fédérale sur les soins médicaux, le gouvernement du Canada s'engage envers les provinces à contribuer financièrement aux dépenses occasionnées par l'établissement d'un régime d'assurance-maladie à condition qu'elles adoptent à ce sujet des lois conformes aux normes générales prescrites dans cette Loi. Les fins poursuivies par le gouvernement fédéral, en faisant adopter une telle loi par le Parlement du Canada, sont certes louables. Personne ne saurait, en effet, reprocher au gouvernement fédéral de vouloir accélérer le développement au Canada de services de santé modernes et appropriés et permettre à la population de recevoir les soins et les services dont elle a besoin. Toutefois, la méthode utilisée pour atteindre ces fins est fort discutable. Si le gouvernement fédéral s'était engagé, par le truchement de la Loi sur les soins médicaux, à verser sans condition aux provinces qui établiraient un régime d'assurance-maladie certaines subventions, cela aurait été davantage acceptable. Pour les raisons énumérées précédemment, même cette façon de procéder aurait été constitutionnellement discutable. Mais le gouvernement fédéral a préféré définir dans cette loi certains critères pour l'admissibilité des régimes provinciaux qui touchent le cœur même de ces régimes et qui sont aussi fondamentaux que ceux qui ont trait à leur champ d'application, à leur couverture et à leur mode d'administration. Il s'agit donc d'une loi par laquelle le gouvernement du Canada s'engage à verser des subventions conditionnelles aux provinces.

À la lumière des principes énoncés plus haut, on sait que la validité de toute subvention fédérale non prévue par l'A.A.B.N. est discutable sur le plan constitutionnel. Cette validité devient encore beaucoup plus discutable et incertaine lorsque la subvention est conditionnelle, car il semble alors que les tribunaux peuvent déclarer *ultra vires* la loi prévoyant une telle subvention si les conditions qu'elle y attache touchent la substance de matières qui sont de la compétence législative des provinces. Or il est permis

---

1. *Rapport*, vol. II. « Recommandations », pp. 43 et 44.

de penser que, dans leur application pratique, les critères d'admissibilité contenus dans la Loi fédérale sur les soins médicaux vont toucher la substance de matières qui sont du ressort exclusif des provinces et influencer de façon substantielle la manière dont l'assurance-maladie va se développer dans les provinces et, partant, tous les autres secteurs de la santé.

En effet, comment ne pas craindre par exemple que l'application des paragraphes e) et j) de l'article 2 de cette Loi, qui excluent les services et les personnes assurées sous toute autre loi du Parlement du Canada ou toute loi provinciale concernant les accidents du travail, empêche les provinces, intéressées à réaliser une intégration aussi complète que possible des régimes de soins et une unification plus grande des mesures d'assurance contre les frais médicaux, d'atteindre cet objectif. À cet égard, l'expérience vécue en matière d'assurance-hospitalisation a démontré combien néfaste pouvait se révéler l'exclusion de certains groupes de personnes du champ d'application d'une loi de dispensation des soins, telle que la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques<sup>1</sup>. En effet, l'exclusion des malades mentaux et tuberculeux de cette Loi a contribué à maintenir, tant sur le plan des structures administratives que sur celui du traitement, l'isolement progressif de ces malades.

Ainsi, sur le plan des structures administratives, d'une part, les gouvernements provinciaux ont dû procéder, pour administrer les hôpitaux pour malades mentaux et tuberculeux, à l'établissement de services administratifs distincts de ceux qui administrent le régime d'assurance-hospitalisation. Et sur le plan du traitement, d'autre part, les malades mentaux et tuberculeux ont dû être confinés dans des hôpitaux spécialisés, totalement séparés des hôpitaux généraux. Or, le traitement des maladies mentales fait de plus en plus appel à de nombreuses disciplines de la santé. La tendance actuelle est d'assimiler la maladie mentale aux autres types de maladie. Rien ne peut donc justifier cet isolement dont furent et sont encore l'objet les malades mentaux par rapport aux autres malades.

Comment ne pas craindre, également, que le paragraphe 3 de l'article 4 de la Loi sur les soins médicaux, qui permet au gouverneur général en conseil d'étendre, « conformément aux conditions et modalités » qu'il établira, la portée de cette Loi à d'autres services de santé, ne serve au gouvernement fédéral pour orienter dans un sens ou dans l'autre le développement des services de santé des provinces? En effet, la couverture des soins médicaux constitue seulement une première étape dans l'établissement d'un régime

---

1. S. C. 1957, chap. 28.

d'assurance-maladie complet. Une fois le régime instauré, la demande sera très forte pour que d'autres services, tels que les médicaments ainsi que les soins oculaires, dentaires et autres soient couverts. Cette disposition de la Loi fédérale sur les soins médicaux amorce donc un processus qui aliène la liberté d'action et de décision des provinces à ce sujet. Cela est d'autant plus grave que la couverture de chaque nouveau type de soins ou de services devra s'étendre à l'ensemble de la population. Pourtant, les disponibilités financières des gouvernements provinciaux ainsi que leurs effectifs médicaux et autres ne sont pas sans limite. De plus, les rendements sociaux de la couverture des divers types de soins ou de services, ou de l'extension de leur champ d'application à divers groupes de population, varient et, partant, ne revêtent pas un caractère de priorité identique d'une province à l'autre. Il serait donc essentiel que les gouvernements provinciaux puissent décider eux-mêmes du choix des services additionnels ou des groupes de population visés par l'extension de la couverture. L'article 4 (3) de la Loi fédérale sur les soins médicaux constitue donc une disposition selon laquelle le gouvernement fédéral pourra déterminer lui-même les types de soins ou de services auxquels s'étendra la couverture du régime. Les provinces seront ainsi prises dans un engrenage et ne pourront déterminer elles-mêmes la nature et le calendrier d'extension de leur propre régime.

Pour tous ces motifs, la Commission est d'avis qu'une compensation fiscale inconditionnelle devrait être accordée, dès le début, aux provinces qui en manifesteront le désir. Cette compensation tiendra lieu de la contribution prévue en vertu de la Loi sur les soins médicaux. La compétence constitutionnelle des provinces en matière d'assurance-maladie exige, en effet, que ce soit la Loi fédérale qui s'ajuste aux lois provinciales et non l'inverse.

La Loi fédérale sur les soins médicaux reconnaît d'ailleurs explicitement le principe d'une telle compensation fiscale, puisqu'elle y ouvre la porte à partir de 1973. À nos yeux, toutefois, la compétence constitutionnelle des provinces en matière d'assurance-maladie exige que, même d'ici 1973, chaque province demeure entièrement libre de décider du genre de régime qui lui convient. Le délai de cinq ans imposé par la Loi fédérale sur les soins médicaux avant qu'une équivalence fiscale puisse être accordée aux provinces ne devrait donc pas permettre au gouvernement fédéral de venir, d'ici là, dicter à celles-ci quand et comment organiser leurs propres régimes d'assurance-maladie. Or, c'est précisément ce qui risque de se produire si on considère la teneur de l'article 4 (3) de la Loi sur les soins médicaux.

## **Recommandation**

La Commission recommande :

- I. 93. QUE le gouvernement du Québec demande au gouvernement du Canada de lui accorder une compensation fiscale inconditionnelle dès l'entrée en vigueur de la Loi sur les soins médicaux.*

# 14-15 ÉLISABETH II.

## CHAP. 64

Loi autorisant le Canada à contribuer aux frais des services assurés de soins médicaux encourus par les provinces en conformité de régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux.

SA Majesté, sur l'avis et du consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, décrète:

### TITRE ABRÉGÉ.

Titre  
abrégé.

1. La présente loi peut être citée sous le titre:  
*Loi sur les soins médicaux.*

### INTERPRÉTATION.

Définitions:  
«contribution»  
«jour  
initial de la  
contribution»

«résident  
assurable»

«personne  
assurée»

«services  
assurés»

2. Dans la présente loi, l'expression 5
- a) «contribution» désigne une contribution versée par le Canada en conformité de l'article 3;
  - b) «jour initial de la contribution» désigne le 1<sup>er</sup> juillet 1968, ou telle date antérieure que le gouverneur en conseil peut fixer par proclamation, soit un jour postérieur par au moins six mois à la date où la proclamation est émise;
  - c) «résident assurable», par rapport à une province quelconque, désigne un particulier qui réside dans la province et qui n'est pas exclu du calcul 15 de la population de la province en raison de l'alinéa j);
  - d) «personne assurée», par rapport à une province quelconque, désigne un résident assurable de la province, qui a droit aux services assurés 20 selon un régime d'assurance de soins médicaux de la province;
  - e) «services assurés» désigne tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical, sauf ceux qu'une personne peut 25 obtenir et auxquels elle a droit en vertu de

ROGER DUHAMEL, M.S.R.C.  
IMPRIMEUR DE LA REINE ET CONTRÔLEUR DE LA PAPETERIE  
OTTAWA, 1968



	toute autre loi du Parlement du Canada ou de toute loi provinciale concernant les accidents du travail;	
«régime d'assurance de soins médicaux»	f) «régime d'assurance de soins médicaux» désigne un régime établi en conformité d'une loi de la législature d'une province, qui répond aux critères énoncés au paragraphe (1) de l'article 4;	5
«médecin»	g) «médecin» désigne une personne que la loi autorise à exercer la médecine à l'endroit où elle se livre à un tel exercice;	10
«Ministre»	h) «Ministre» désigne le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social;	
«province participante»	i) «province participante», pour une année quelconque, désigne une province où est appliqué au cours de ladite année un régime d'assurance de soins médicaux à l'égard duquel une contribution est payable par le Canada à la province pour cette année en conformité de l'article 3;	15
«population»	j) «population», utilisée relativement à une province, désigne la population de la province, telle que l'a certifiée le statisticien fédéral, calculée pour une année quelconque comme étant la population de la province le 1er octobre de cette année, exclusion faite des membres des forces canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier selon la définition qu'en donne la <i>Loi sur les pénitenciers</i> ;	20 25
«résident»	k) «résident» d'une province désigne une personne que la loi autorise à être ou à rester au Canada, qui demeure et est ordinairement présente dans la province, mais ne comprend ni un touriste, ni une personne de passage dans la province, ni un visiteur de cette province;	30 35
«année»	l) «année» désigne une période de douze mois se terminant le trente et un mars, mais, dans le cas de la période de douze mois se terminant ainsi et comprenant le jour initial de la contribution, désigne la partie de cette période commençant à ladite date.	40

#### CONTRIBUTIONS.

**3.** Une contribution est payable par le Canada à chaque province en conformité de la présente loi, calculée pour chaque année par rapport aux frais des services assurés encourus par la province dans l'année selon un régime d'assurance de soins médicaux de la province.

Critères  
auxquels doit  
répondre le  
régime pour  
lequel la  
contribution  
est payable.

4. (1) Un régime d'assurance de soins médicaux d'une province à l'égard duquel une contribution est payable par le Canada à la province pour une année en conformité de l'article 3 est un régime, établi selon une loi de la législature de la province (ci-après appelée «la loi provinciale») 5 qui, pendant toute l'année, répond aux critères suivants:

- a) le régime doit être administré et appliqué, sans but lucratif, par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province (ci-après appelée «l'autorité provinciale») qui est, relativement à l'administration et à l'application du régime, comptable au gouvernement de la province ou à un ministre provincial que le gouvernement de la province désigne à cette fin et, quant à ses comptes et ses opérations financières, assujettie à la vérification de la personne chargée par la loi de vérifier les comptes de la province; 10
- b) le régime doit prévoir, et ses modalités d'administration et d'application doivent fournir, 20 des services assurés à des conditions uniformes pour tous les résidents assurables de la province, au moyen du paiement de montants relatifs aux frais de services assurés conformément à un tarif de paiements autorisés, établi selon la loi 25 provinciale, ou conformément à toute autre formule de paiement qu'autorise la loi provinciale, d'après un barème qui offre une compensation raisonnable pour les services assurés que rendent les médecins et qui n'écarte ni n'exclut, 30 directement ou indirectement, soit au moyen d'honoraires exigés des personnes assurées soit autrement, une possibilité raisonnable pour les personnes assurées de bénéficier des services assurés; 35
- c) le nombre de résidents assurables de la province qui, selon le régime, ont droit aux services assurés ne doit pas être inférieur à 90 p. 100 de tous les résidents assurables de la province, sauf que, dans l'application du présent alinéa à 40 la question de savoir si le régime répond aux critères énoncés au présent paragraphe pendant la durée de la troisième année et de chaque année subséquente qui suit l'année ouverte le jour initial de la contribution, il faut substituer 45 à l'expression «90 p. 100» qui apparaît dans le présent alinéa l'expression «95 p. 100»; et
- d) le régime ne doit imposer aucune période minimum de résidence dans la province, ni aucune période d'attente dépassant trois mois avant 50

que les personnes qui sont ou deviennent des résidents de la province soient admissibles ou aient droit aux services assurés et le régime doit prévoir, et ses modalités d'administration et d'application doivent assurer, le paiement 5 de montants relatifs aux frais des services assurés dispensés aux personnes assurées alors qu'elles sont temporairement absentes de la province et, dans le cas de personnes qui ont cessé d'être des personnes assurées du fait de 10 leur résidence dans une autre province participante, relatifs aux frais des services assurés dispensés à ces personnes durant toute période minimum de résidence ou période d'attente imposée par le régime d'assurance de soins 15 médicaux de cette autre province, d'après le barème qui serait applicable si ces personnes n'avaient pas été absentes de la province ou n'avaient pas cessé de résider dans la province, selon le cas. 20

Responsa-  
bilités de  
l'autorité  
provinciale  
en ce qui  
concerne  
l'application.

(2) Nonobstant l'alinéa a) du paragraphe (1), un régime établi par une loi de la législature d'une province n'est pas inférieur aux critères énoncés dans cet alinéa du seul fait qu'il autorise la désignation, par l'autorité provin- 25 ciale, d'un ou de plusieurs organismes auxquels est assignée la tâche de recevoir et d'acquitter les comptes présentés pour des services assurés ou qu'il autorise un ou des orga- nismes ainsi désignés à recevoir des primes ou autres montants payables selon la loi provinciale en vue de leur remise à l'autorité provinciale, si, selon la loi provinciale, toute 30 semblable désignation porte comme condition que tous les comptes individuels ainsi présentés auxquels s'étend la désignation soient soumis à l'appréciation et à l'approbation de l'autorité provinciale et que les montants à payer à cet égard soient déterminés par l'autorité provinciale. 35

Autres  
services  
de santé.

(3) Dans l'application de la présente loi à un régime établi par une loi de la législature d'une province, tous services de santé d'un genre que le Ministre prescrit être des services de santé requis fournis par une personne légalement autorisée à rendre de tels services dans le lieu 40 où ils sont ainsi rendus doivent, conformément aux conditions et modalités établies par le gouverneur en conseil et si la loi provinciale y pourvoit ainsi, être considérés comme des services rendus par un médecin et requis au point de vue médical. 45

#### CALCUL DES CONTRIBUTIONS.

Montant de la  
contribution.

5. (1) Le montant de la contribution payable par le Canada à une province pour une année relativement à un régime d'assurance de soins médicaux de la province

est un montant, déterminé par le Ministre en se fondant sur des renseignements fournis comme le requiert la présente loi, égal à 50 p. 100

- a) du coût par tête pour l'année de tous les services assurés fournis en conformité des régimes d'assurance de soins médicaux des provinces participantes 5

multiplié par

- b) la moyenne pour l'année du nombre des personnes assurées dans la province à la fin de chaque mois de l'année.

Calcul du  
coût par  
tête.

(2) Le coût par tête pour une année de tous les services assurés fournis en conformité des régimes d'assurance de soins médicaux des provinces participantes est un montant égal à 15

- a) l'ensemble des frais des services assurés encourus par chacune des provinces participantes dans l'année en conformité des régimes d'assurance de soins médicaux de ces provinces,

divisé par

- b) l'ensemble des moyennes pour l'année des nombres de personnes assurées dans chacune des provinces participantes à la fin de chaque mois de l'année. 20

Calcul du  
nombre de  
personnes  
assurées.

(3) La moyenne pour une année du nombre de personnes assurées dans une province à la fin de chaque mois de l'année est un montant calculé comme il suit:

- a) dans le cas d'une province n'ayant aucun moyen de déterminer, grâce à une méthode d'enregistrement ou aux paiements de primes, le nombre des personnes assurées dans la province à un moment donné de l'année, en multipliant 30

- (i) le chiffre de la population de la province pour l'année divisé par le nombre de mois dans l'année 35

par

- (ii) le nombre de mois complets dans l'année pendant lesquels les services assurés ont été fournis en conformité du régime d'assurance de soins médicaux de la province; 40

- b) dans le cas d'une province ayant un moyen de déterminer, grâce à une méthode d'enregistrement ou aux paiements de primes, le nombre des personnes assurées dans la province à un moment donné de l'année, en divisant 45

- (i) l'ensemble des nombres de personnes assurées que la province estime avoir été présentes dans la province à la fin de chaque mois complet dans l'année pendant lequel 50

des services assurés ont été fournis en conformité du régime d'assurance de soins médicaux de la province par

- (ii) le nombre de mois de l'année; et
- c) dans le cas d'une province qui, pendant une 5  
partie de l'année, était une province décrite à l'alinéa a) et, pendant une autre partie de l'année, était une province décrite à l'alinéa b), en additionnant
  - (i) le nombre qui résulte de l'application de 10  
l'alinéa a) à la partie de l'année pendant laquelle la province était une province décrite à l'alinéa a), et
  - (ii) le nombre qui résulte de l'application de 15  
l'alinéa b) à la partie de l'année pendant laquelle la province était une province décrite à l'alinéa b).

Calcul des  
frais encourus  
par la  
province.

(4) Dans le calcul, aux fins de la présente loi, des frais des services assurés encourus par une province dans une année en conformité d'un régime d'assurance de soins 20  
médicaux de la province, il n'est inclus

- a) ni les frais de tout service assuré fourni avant le jour initial de la contribution;
- b) ni aucuns frais d'administration du régime;
- c) ni aucune prime ni aucun montant payable par 25  
une personne assurée relativement aux frais de services assurés;

et il doit être déduit tout montant, payé dans l'année à la province ou à l'autorité provinciale ou au crédit de l'une ou de l'autre ou à tout compte ou fonds établi pour l'administra- 30  
tion ou l'application du régime, autrement qu'à titre de prime ou autre montant non rattaché aux frais de services assurés particuliers, relativement aux frais de services assurés fournis en conformité du régime.

#### AVANCES ET PAIEMENT.

Renseignements  
nécessaires  
pour le  
paiement des  
avances et  
d'autres  
montants.

**6.** (1) Le paiement de tout montant à titre de 35  
contribution, ou à l'égard d'une contribution, par le Canada à une province pour une année, relativement à un régime d'assurance de soins médicaux de cette province, est soumis à la condition

- a) que l'autorité provinciale, 40
  - (i) au plus tard le jour initial de la contribu-  
tion ou au plus tard le jour de l'entrée en  
vigueur du régime, en prenant de ces deux  
jours le dernier en date, dans le cas de 45  
l'année qui le comprend, et
  - (ii) au plus tard le 31 décembre qui précède le  
commencement de l'année, dans le cas de

toute année postérieure à celle qui comprend le dernier en date des jours mentionnés au sous-alinéa (i),

communiqué au Ministre les renseignements qu'il exige pour déterminer les frais estimatifs des services assurés encourus par la province dans le courant de l'année en conformité du régime; et

- b) que l'autorité provinciale, dans les six mois qui suivent la fin de l'année ou dans le délai supplémentaire, après ces six mois, que le Ministre peut déterminer dans des circonstances spéciales, communique au Ministre les renseignements qu'il exige pour déterminer les frais véritables des services assurés encourus par la province au cours de l'année, en conformité du régime.

Détermination de la contribution estimative et paiement des avances afférentes.

(2) En se fondant sur les renseignements communiqués comme l'exige l'alinéa a) du paragraphe (1) au sujet du régime d'assurance de soins médicaux d'une province, le Ministre doit déterminer le montant estimatif de la contribution du Canada à cette province pour l'année à laquelle se rapportent ces renseignements; des avances mensuelles à ce titre, dont le montant dans chaque cas ne doit pas être inférieur à 90 p. 100 du montant estimatif de la contribution, ainsi déterminée, divisée par le nombre des mois de l'année postérieurs au mois précédant la date d'entrée en vigueur du régime, doivent, sur délivrance d'un certificat par le Ministre, être payées à la province par le ministre des Finances sur le Fonds du revenu consolidé.

Détermination et paiement de la contribution réelles.

(3) En se fondant sur les renseignements communiqués comme l'exige l'alinéa b) du paragraphe (1) relativement au régime d'assurance de soins médicaux d'une province, le Ministre doit déterminer le montant réel de la contribution du Canada à cette province pour l'année à laquelle se rapportent ces renseignements. En outre, le ministre des Finances doit payer à la province sur le Fonds du revenu consolidé, le solde encore dû à ce titre et que le Ministre certifie être payable à la province; et tout montant par lequel l'ensemble des avances faites à ce titre en conformité du paragraphe (2) dépasse le montant réel de la contribution ainsi déterminée doit être recouvré sur les deniers payables à la province pour toute autre année en vertu de la présente loi ou peut par ailleurs être recouvré à titre de dette de la province envers le Canada.

Décision quant à savoir si une contribution est payable.

7. (1) Lorsque se pose, sous le régime de la présente loi, la question de savoir si un régime établi en vertu d'une loi de la législature d'une province répond ou a cessé de répondre aux critères énoncés au paragraphe (1) de l'article 4, cette question doit, sur le rapport du Ministre, être

soumise au gouverneur en conseil; celui-ci doit trancher la question, après avoir étudié le rapport et les autres renseignements ou témoignages pertinents auxquels il a accès. S'il est déterminé, en conformité du présent article, qu'un régime ne répond pas ou a cessé de répondre aux critères énoncés au paragraphe (1) de l'article 4, un exemplaire du décret du gouverneur en conseil, faisant foi de la décision prise et exposant les points particuliers sur lesquels le régime ne répond pas ou a cessé de répondre à ces critères, doit être communiqué immédiatement au gouvernement de la province.

Le Canada ne peut recouvrer les avances, etc.

(2) Nonobstant toute disposition de la présente loi, s'il est déterminé en conformité du présent article qu'un régime établi par une loi de la législature d'une province ne répond plus aux critères énoncés au paragraphe (1) de l'article 4, aucune avance ni aucun autre paiement, prévu par la présente loi, fait par le Canada à cette province avant la date où la décision est rendue ne peut être recouvré par le Canada.

#### VERSEMENT DES CONTRIBUTIONS POUR LES ANNÉES COMMENÇANT APRÈS LE 31 MARS 1973.

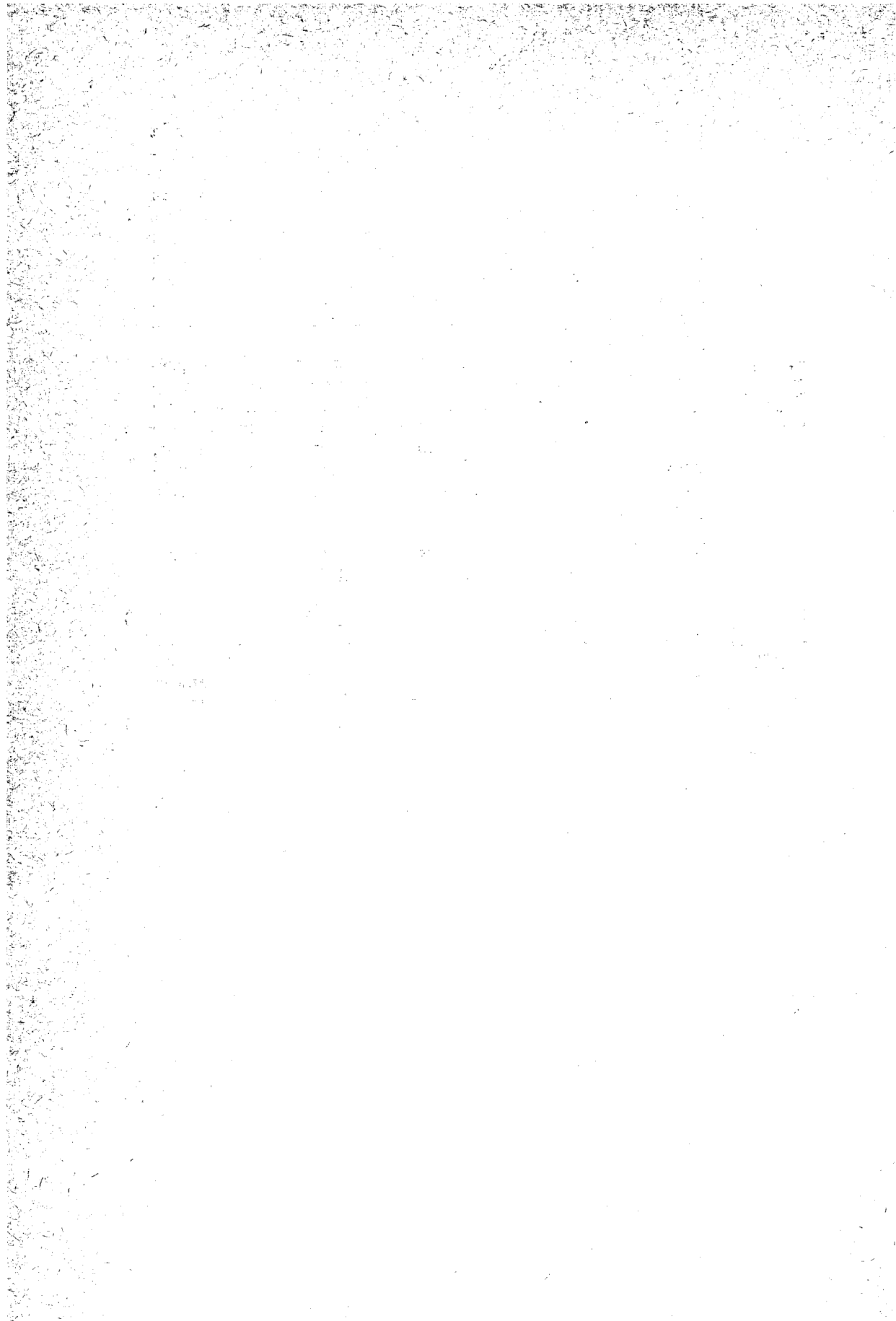
Nouvel examen des dispositions de la loi concernant le paiement des contributions pour les années postérieures au 31 mars 1973.

8. Au moins six mois avant le 31 mars 1973, le gouvernement du Canada doit examiner de nouveau les dispositions de la présente loi relatives au montant et au mode de paiement des contributions payables par le Canada en conformité de l'article 3, en vue de formuler des propositions de changement de ces dispositions qui semblent alors nécessaires ou désirables en ce qui concerne le montant et le mode de paiement,—que ce soit au moyen du transfert ou de l'attribution par le Canada de certains revenus fiscaux expressément désignés, et le versement par le Canada de paiements de péréquation et d'autres ajustements fiscaux au lieu des contributions qui seraient autrement payables en conformité de l'article 3 ou de toute autre manière,—des contributions que doit verser le Canada selon la présente loi à l'égard des années commençant après cette date.

#### RAPPORT AU PARLEMENT.

Rapport annuel du Ministre.

9. Le plus tôt possible après la fin de chaque année et, en tout cas, au plus tard le 31 décembre qui suit immédiatement la fin de cette année, le Ministre doit préparer un rapport sur l'application de la présente loi pendant ladite année et doit faire présenter ce rapport au Parlement dès que la préparation en est terminée ou, si le Parlement n'est pas alors en session, l'un des quinze premiers jours où il siège par la suite.





**V11**

---

**Les médicaments**



# Les médicaments

## INTRODUCTION

Le rôle essentiel et l'importance grandissante du médicament dans le processus de guérison lui confèrent une place de choix dans le processus des soins. Par ailleurs, l'étude des moyens d'action propres à abaisser les prix trop élevés des médicaments occupe une place tout aussi essentielle dans le cadre de l'assurance-maladie. La Commission a souligné antérieurement que la couverture des médicaments soulevait un problème complexe, en raison de l'immense éventail des produits pharmaceutiques, de l'inégalité thérapeutique de ces produits, de la difficulté d'établir des contrôles à la fois souples et efficaces sur la consommation des médicaments et, enfin, de la structure de l'industrie pharmaceutique<sup>1</sup>.

Le régime d'assurance-maladie ayant pour objectif de porter la consommation des divers soins à un niveau optimum, la Commission est persuadée que la mise en place de mesures appropriées en vue d'abaisser les prix trop élevés des médicaments constituerait une étape importante vers la réalisation de cet objectif<sup>2</sup>. De plus, les économies réalisées profiteraient à l'ensemble de la collectivité.

L'analyse contenue dans le présent chapitre porte sur les structures et les principales caractéristiques du marché des médicaments; elle nous permettra d'identifier les causes déterminantes des prix trop élevés ainsi que les divers moyens d'action, et d'anticiper certains résultats des mesures suggérées.

L'analyse de l'industrie pharmaceutique et de ses principales caractéristiques a été effectuée à partir d'une sélection de la documentation et de l'information statistique déjà disponibles. Plusieurs commissions et comités, tant au Canada qu'aux États-Unis, ont été chargés, depuis dix ans, d'enquêter sur les coûts et les prix des produits pharmaceutiques<sup>3</sup>. La Commission a pu compter sur une masse d'informations précieuses, notamment sur celles qu'ont accumulées les travaux de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, le mémoire du gouvernement de la province d'Alberta, ainsi que les travaux de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives et du Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques auxquels s'ajoutent maintenant les mémoires qu'elle a reçus.

1. Chapitre III, section 2, pp. 55 et ss.

2. *Ibid.*

3. On retrouve, à l'appendice V, section 1, une liste des comités et des commissions d'enquête chargés d'étudier, au Canada, le coût et les prix des produits pharmaceutiques.

Notre analyse se limitera aux coûts des médicaments prescrits, qui sont le complément logique des soins médicaux. Pour la partie des coûts reliés à la distribution des médicaments au détail, l'analyse sera plutôt restreinte et ne nous permettra pas de tirer des conclusions définitives quant à l'appréciation des diverses composantes de ces coûts. Compte tenu de l'ampleur des questions que soulève la distribution au détail des médicaments et du peu de temps dont disposait la Commission dans cette première phase de ses travaux, les problèmes relatifs à cet aspect feront l'objet d'une étude subséquente. Celle-ci portera, notamment, sur la formation, le rôle et la rémunération des pharmaciens ainsi que sur les effectifs, les mécanismes de distribution et les pratiques relatives aux ordonnances.

### **ANALYSE DE L'INDUSTRIE ET DU MARCHÉ DES MÉDICAMENTS**

L'analyse de la documentation existante nous a permis d'identifier un certain nombre de traits caractéristiques de l'industrie et du marché des médicaments.

D'abord, il existe des écarts de prix considérables entre les médicaments vendus sous un nom de commerce et ceux qui sont vendus sous un nom générique.

Les statistiques partielles que nous avons pu colliger sur les coûts de fabrication des produits pharmaceutiques<sup>1</sup> laissent entrevoir des marges de profit très élevées chez les fabricants de produits pharmaceutiques. Nous pouvons aussi constater le maintien des prix entre des produits analogues fabriqués sous la protection des brevets. Ces informations nous portent à croire que les prix abusifs des médicaments résultent principalement du caractère non concurrentiel du marché.

L'absence de concurrence des prix a des effets importants sur la structure des coûts de production et le niveau des prix.

Dans la première partie de notre étude, nous examinerons les facteurs qui sont à l'origine de cette absence de concurrence et les conséquences qu'ils engendrent au niveau des coûts de production et des prix.

#### **LA NATURE ET LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE DE MÉDICAMENTS PRESCRITS**

Le consommateur a une liberté restreinte lorsqu'il lui faut faire remplir une ordonnance. Privé d'une information et d'un certain choix auxquels l'ont accoutumé la plupart des biens et services, il se sent quand même obligé d'acheter le médicament prescrit par son médecin, afin de profiter pleinement de la consultation médicale.

1. Voir à l'appendice V, section 3, les taux du rendement de 1953 à 1964 de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique de fabrication au Canada.

Cette situation particulière fait que la demande de médicaments prescrits est urgente, impérative et involontaire.

Défavorisé par le caractère urgent et impératif de sa demande de médicaments prescrits, le consommateur l'est encore dans le choix du médicament, puisque c'est le médecin qui le prescrit. Inondé par la publicité très efficace des grandes firmes pharmaceutiques, le médecin n'est pas toujours au courant de l'existence ou du prix de médicaments analogues. Aussi a-t-il été remarqué que celui-ci prescrit généralement les médicaments sous le nom de commerce plutôt que sous le nom générique<sup>1</sup>.

Ainsi, dépourvu de l'information nécessaire sur les médicaments analogues disponibles, leur qualité et leur prix, et pressé d'obtenir son médicament, le consommateur de médicaments prescrits doit s'en remettre d'abord au médecin, puis, en ce qui concerne le prix, au fabricant et au pharmacien. L'information aussi complète que possible du consommateur sur l'existence de produits analogues ainsi que sur leurs caractéristiques constitue l'une des conditions essentielles à la concurrence sur le marché.

#### LA NATURE ET LES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDUSTRIE DE LA FABRICATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'industrie des produits pharmaceutiques au Canada, c'est-à-dire l'industrie de la préparation de médicaments et de produits pharmaceutiques, se divise théoriquement en quatre secteurs différents, soit celui des produits chimiques, celui des produits pharmaceutiques, celui des produits biologiques et celui des spécialités pharmaceutiques. Il est évident que ces quatre secteurs ne s'excluent pas les uns les autres. Le secteur des produits chimiques médicaux, c'est-à-dire la fabrication des principes actifs, ne constitue pas, pour des raisons qui seront énoncées plus loin, une industrie importante au Canada.

Le secteur des produits pharmaceutiques fabrique des préparations et des composés en utilisant des principes actifs, obtenus généralement de fournisseurs étrangers de produits chimiques raffinés, pour les offrir ensuite aux consommateurs sous forme de formules, de comprimés, de capsules, etc. Le secteur des produits biologiques est un tout petit secteur fabriquant des médicaments tout préparés présentés sous forme de vaccins et d'autres produits semblables. Le secteur des « spécialités médicales ou pharmaceutiques » constitue une catégorie distincte, car les médicaments « brevetés<sup>2</sup> » ou les remèdes d'usage courant et bien connus que

1. Selon les sondages faits par la Commission Hall, lesquels sont corroborés par les études du comité Harley, 94 pour cent des ordonnances sont rédigées sous des noms de commerce et 6 pour cent sous des noms génériques.
2. C'est-à-dire les médicaments qui tombent sous la Loi fédérale des spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés, S. R. C. 1952, chap. 220.

produisent ces fabricants se vendent directement au public sans ordonnance, au comptoir des pharmacies ou dans les autres magasins de détail.

Enfin, comme il est assez rare que les médecins prescrivent des médicaments brevetés, cette étude portera sur les trois autres secteurs de l'industrie des produits pharmaceutiques.

En 1963, il y avait au Canada 173 entreprises engagées dans la fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments et presque toutes étaient localisées dans le Québec ou l'Ontario. Plus des deux tiers de ces établissements produisaient alors plusieurs séries de médicaments contrôlés<sup>1</sup>, et les trois quarts environ fabriquaient plusieurs séries de spécialités, c'est-à-dire qu'ils produisaient à la fois des produits pharmaceutiques et des spécialités pharmaceutiques.

Le Québec compte 74 de ces entreprises ayant une main-d'œuvre totale de 4,963 travailleurs par rapport à 10,418 pour l'ensemble du Canada<sup>2</sup>. Dans le mémoire qu'elle a remis à notre Commission, l'Association canadienne des fabricants en pharmacie a déclaré qu'environ le quart de cette main-d'œuvre possédait une qualification professionnelle particulière.

Selon une enquête faite en 1960 par la société Clarkson, Gordon et Cie, 40 sociétés fournissaient à elles seules 90 pour cent de tous les médicaments contrôlés vendus au Canada<sup>3</sup>. Le degré de concurrence d'un marché est fonction du nombre de producteurs dans l'industrie. Le caractère hautement scientifique du médicament, la recherche fondamentale qu'il exige dans le secteur des produits chimiques, les contrôles rigoureux nécessaires pour garantir sa qualité ainsi que la désuétude quasi immédiate d'un produit à la naissance d'un meilleur produit analogue favorisent la concentration de l'industrie des produits pharmaceutiques, du moins au niveau des premières opérations. Aussi, est-il peu surprenant de constater l'emprise étrangère sur l'industrie pharmaceutique canadienne, laquelle s'exerce par un petit nombre de grandes firmes américaines.

De plus, à cause des contrôles nécessaires pour assurer la qualité, la pureté, la sûreté et l'efficacité des produits, la législation fédérale, notamment en matière de brevets de fabrication<sup>4</sup> et de protection des marques de commerce<sup>5</sup>, exerce une influence très forte sur la structure de l'industrie pharmaceutique canadienne.

---

1. C'est-à-dire des médicaments se vendant seulement sur ordonnance.

2. *The Cost of Pharmaceuticals and Medicines in Canada, 1961-1965*, Research and Statistics Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa.

3. Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada : Mémoire à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, p. 117.

4. Loi sur les brevets, *S. R. C. 1952*, chap. 203.

5. Loi sur les marques de commerce, *S. C. 1953*, chap. 49.

L'ANALYSE DE L'EFFET EXERCÉ SUR LE PRIX DES MÉDICAMENTS  
PRESCRITS PAR LA LÉGISLATION DU GOUVERNEMENT DU CANADA  
EN MATIÈRE DE BREVETS, DE MARQUES DE COMMERCE  
ET DE TAXE DE VENTE

## Les brevets

Dans l'analyse de l'influence de la législation du gouvernement du Canada sur le prix des médicaments prescrits, la Loi sur les brevets<sup>1</sup> est un facteur de toute première importance. L'existence d'un régime de brevets, liée à la protection légale accordée aux marques de commerce et à la politique extrêmement active de l'industrie en matière de publicité et de mise en marché, constitue un élément déterminant dans la décision du médecin de prescrire sous des noms de commerce plutôt que sous des noms génériques.

Selon les dispositions de cette Loi, les brevets permettent à leur détenteur de jouir seul des bénéfices de leur invention ou de leur innovation pendant une période de dix-sept ans. Dans le cas des produits pharmaceutiques, cependant, ce privilège comporte des restrictions énoncées<sup>1</sup> à l'article 41.

*Article 41 (1)* Lorsqu'il s'agit d'inventions couvrant des substances préparées ou produites par des procédés chimiques et destinées à l'alimentation ou à la médication, le mémoire descriptif ne doit pas comprendre les revendications pour la substance même, excepté lorsque la substance est préparée ou produite par les modes ou procédés de fabrication décrits en détail et revendiqués, ou par leurs équivalents chimiques manifestes.

Le paragraphe 1 de cet article établit que les brevets, dans le cas de médicaments fabriqués selon des modes ou procédés chimiques, ne s'appliquent qu'aux procédés et non aux produits. Dans le cas de médicaments fabriqués par des procédés autres que des procédés chimiques, les brevets s'appliquent aux produits eux-mêmes.

*Article 41 (3)* Lorsqu'il s'agit d'un brevet couvrant une invention destinée à la préparation ou à la production d'aliments ou de médicaments, ou susceptible d'être utilisée à de telles fins, le commissaire, à moins qu'il ne trouve de bonnes raisons justifiant le contraire, doit accorder, à quiconque en fait la demande, une licence limitée à l'utilisation de l'invention pour les fins de préparation ou de production d'aliments ou de médicaments, mais pour nulle autre fin; et, en arrêtant les conditions de cette licence, et en fixant le montant de la redevance ou autre considération à payer, le commissaire doit tenir compte de l'opportunité de rendre l'aliment ou le médicament accessible au public au plus bas prix possible, tout en accordant à l'inventeur une juste rémunération pour les recherches qui ont conduit à l'invention.

Le paragraphe 3 du même article autorise le commissaire des brevets à accorder, dans certaines circonstances, une licence obliga-

---

1. Voir *supra*.

toire habilitant un tiers à fabriquer un médicament d'après le procédé de fabrication du fabricant titulaire du brevet, moyennant le paiement d'une redevance à celui-ci.

Par ailleurs, la Loi n'autorise pas l'octroi de licence obligatoire pour l'importation et, ce faisant, accorde *de facto* le monopole de l'importation des produits fabriqués sous brevet aux titulaires canadiens des brevets. De plus, dans les cas de contrefaçon ou de présumée contrefaçon de brevet, elle impose le fardeau de la preuve au défendeur plutôt qu'au plaignant<sup>1</sup>. Ces dernières dispositions neutralisent, jusqu'à un certain point, l'effet favorable que l'assouplissement prévu dans le régime des brevets aurait pu produire sur les prix des médicaments.

Théoriquement, les brevets pharmaceutiques accordent à leurs détenteurs, en l'absence de licences obligatoires, le monopole du marché pour leurs produits. Les brevets garantissent aux détenteurs l'« unicité »<sup>2</sup>, sinon de leurs produits eux-mêmes, tout au moins des procédés et des modes de fabrication. La marque de commerce vient confirmer cette unicité (au moins de nom et de procédé de fabrication, mais rarement de composition) et la publicité se charge de convaincre le client ou le médecin, suivant le produit, de cette unicité.

On peut poser l'hypothèse que, tenant compte d'une demande urgente et relativement peu élastique, et en l'absence de concurrence et de réglementation publique sur les prix, le fabricant de produits pharmaceutiques peut établir son volume de production et fixer son prix de vente sans prendre en considération ses coûts de production. Cette hypothèse semble corroborée par la pratique de l'industrie pharmaceutique. Le secteur de l'industrie pharmaceutique, protégé par les brevets, pratique une politique de *price leadership*. En effet, les produits similaires fabriqués sous brevet sont vendus à des prix identiques, quels que soient leur mode et leur coût de production, tandis que les produits nouveaux sont placés sur le marché soit au même prix, soit à des prix supérieurs aux prix des produits analogues existants, bien que souvent leurs coûts de production soient moindres par suite de procédés améliorés ou d'une réduction dans la quantité des substances actives.

On remarque, en particulier, que tous les antibiotiques à large spectre d'action, à l'exception de la pénicilline<sup>3</sup>, qui sont des produits fabriqués sous brevet, se vendent au même prix. Ainsi, il existait en 1951 trois antibiotiques de ce genre : le chlortetracycline fabriqué par Lederle, le chloramphenicol fabriqué par Parke-Davis

1. S. R. C. 1952, chap. 203, art. 41 (2).

2. En anglais : *uniqueness*.

3. La pénicilline n'est pas brevetée. Certaines variétés de pénicilline ont une action à large spectre.



et l'oxytetracycline fabriqué par Pfizer; tous trois se vendaient à un prix identique, soit \$5.10 pour 16 capsules de 250 milligrammes. Six autres antibiotiques à large spectre d'action sont entrés sur le marché entre 1951 et 1960. Si l'on fait exception du nom de commerce, cinq étaient identiques, soit de la tetracycline. Le sixième, le demethylchlortetracycline, n'était que marginalement différent, en dépit du fait qu'il ne contenait que 125 milligrammes de substances actives. Ces nouveaux antibiotiques ont tous été mis sur le marché au même prix que les autres antibiotiques à large spectre d'action, soit à \$5.10. De 1951 à 1960, le prix de ces antibiotiques restait le même, tandis que le prix de la pénicilline, par suite de l'expiration du brevet, baissait de 90 pour cent<sup>1</sup>. Étant donné que les méthodes de production utilisées étaient semblables, on peut présumer que les coûts de production des autres antibiotiques ont baissé à peu près dans la même proportion que ceux de la pénicilline. On peut également supposer que le coût de production du chloramphenicol a baissé davantage, puisque le détenteur du brevet a découvert un procédé de fabrication synthétique.

L'expérience démontre que les brevets soustraient leurs détenteurs au jeu de la concurrence; ils incitent même les intéressés, en matière de fixation des prix, à une forme de collusion. Mais, dès que les brevets expirent, la concurrence apparaît. Ainsi, depuis que le brevet que détenait aux États-Unis Parke-Davis sur la chloromycétine (chloramphenicol) est expiré, en décembre dernier, d'autres fabricants ont commencé à mettre sur le marché des capsules de chloramphenicol à prix réduit. En quelques mois, le prix du chloramphenicol a baissé de 50 pour cent<sup>2</sup>.

\*

Les licences obligatoires sont un des instruments susceptibles de restreindre les effets monopolistiques inhérents à la détention d'un brevet. Mais leur octroi au Canada n'a pas produit l'effet escompté.

D'abord, très peu de demandes ont été faites pour l'obtention de licences obligatoires<sup>3</sup> et aucune n'est venue des grandes entreprises pharmaceutiques. Celles-ci sont toutes des entreprises internationales et, par conséquent, n'ont aucun intérêt, dans un marché aussi restreint que le Canada, à se livrer à une concurrence qui

1. Données fournies par le gouvernement de l'Alberta dans son mémoire au Comité spécial de la Chambre des communes, 1967, pp. 94-97.

2. *Second (dernier) rapport du Comité spécial de la Chambre des communes*, 1967, p. 85.

3. Entre 1923 et 1949, aucune licence obligatoire n'a été demandée. Des 34 demandes soumises entre 1949 et 1966, 14 ont été accordées, 13 ont été abandonnées, 1 a été refusée et 6 sont à l'étude.

pourrait envenimer leurs relations et qui risquerait de dégénérer en une guerre des prix sur le marché international. Les entreprises, qui ont présenté une demande et obtenu des licences obligatoires, étaient, pour la plupart, de petites entreprises canadiennes produisant sous des noms génériques. Elles seraient capables de concurrencer les prix des détenteurs de brevets, mais la publicité énorme faite par les grandes firmes, alliée à l'activité de leurs représentants, les empêche de percer sur le marché. Le seul secteur de la demande où elles réussissent à concurrencer les grandes entreprises détenant des brevets est le secteur hospitalier et institutionnel.

Si on peut supposer que l'abolition des brevets contribuerait à soumettre l'industrie des produits pharmaceutiques à un plus fort degré de concurrence, on peut s'interroger, toutefois, sur les conséquences et les effets à court terme d'une telle mesure. Dans la conjoncture actuelle, la Commission est d'avis qu'un assouplissement du régime des brevets entraînerait, sous réserve de l'application d'autres mesures complémentaires, une concurrence nettement accrue au sein de l'industrie. À son point de vue, la durée des brevets devrait être réduite.

En second lieu, les modalités d'octroi des licences obligatoires pour la fabrication pourraient être considérablement améliorées, si l'on établissait des mécanismes moins coûteux et plus rapides et si on autorisait le Commissaire des brevets à délivrer des licences automatiques après une certaine période de temps. Cette dernière mesure neutraliserait, pour une bonne part, nombre de procédés dilatoires qu'utilisent les détenteurs de brevet pour retarder l'octroi de licences obligatoires pour la fabrication et, ainsi, maintenir le plus longtemps possible une position monopolistique sur le marché.

Troisièmement, l'élargissement de la Loi des brevets en vue d'assurer l'octroi de licences obligatoires pour l'importation aiderait à accroître la concurrence dans l'industrie, en permettant d'acheter les médicaments fabriqués sous brevet là où ils se vendent le moins cher.

Une dernière mesure pour favoriser la concurrence consisterait à exiger que les médicaments fabriqués sous brevet soient mis sur le marché non seulement sous le nom de commerce mais également sous le nom générique. Il serait alors possible de comparer les prix de médicaments identiques ou semblables.

Parallèlement, des efforts devraient être faits pour que les entreprises pharmaceutiques canadiennes puissent prendre avantage des licences obligatoires et concurrencer les produits des grandes entreprises. Il y aurait peut-être lieu, une fois que la qualité des produits de ces petites entreprises aurait été confirmée par les autorités compétentes, que l'État leur accorde une préférence dans sa politique d'achat.

## Les marques de commerce

Par certaines de ses dispositions, la Loi fédérale sur les marques de commerce<sup>1</sup> contribue singulièrement à restreindre la concurrence dans l'industrie des produits pharmaceutiques : deux dispositions en sont responsables.

D'une part, en interdisant l'utilisation d'une marque ou d'un nom de commerce par tout fabricant ou distributeur autre que celui qui le possède ou qui est autorisé, par voie d'enregistrement, à l'utiliser, cette Loi confère un caractère exclusif à des produits qui, de fait, ne sont pas uniques. En différenciant des produits qui sont souvent identiques, elle permet des écarts considérables dans les prix. De plus, cette différenciation nominale rend plus difficile la pratique de la médecine : le médecin traitant éprouve de la difficulté à choisir un médicament et risque, en outre, de prescrire, à titre de traitements successifs, des médicaments qui, à la vérité, sont les mêmes.

La publicité se fait également sous les noms de commerce. Elle cherche à convaincre le public, et particulièrement les médecins, que le produit sous son nom de commerce est un produit unique et que le « nom de commerce est synonyme de qualité ». Que 94 pour cent des ordonnances soient rédigées sous des noms de commerce témoigne du succès de cette publicité.

D'autre part, cette Loi contribue à restreindre la concurrence en permettant à une firme détentrice d'une marque de commerce au Canada d'empêcher l'importation par un tiers d'un produit identique vendu à l'étranger et portant cette marque. Elle accorde effectivement au propriétaire le monopole de la fabrication, de l'importation et de la distribution de tout produit portant cette marque, peu importe que ce produit soit fabriqué au Canada ou ailleurs.

Cette législation permet de maintenir les prix à des niveaux plus élevés qu'ils ne le seraient si l'importation des produits de marque était possible pour tous et si les médicaments étaient connus, non seulement sous leur nom de commerce, mais aussi sous leur nom générique. Si cette dernière mesure s'accompagnait d'un contrôle garantissant la qualité de ces médicaments, elle faciliterait la pratique de la médecine et permettrait au médecin de prescrire, à qualité égale, celui qui est le meilleur marché.

Préoccupée par l'absence de concurrence qui prévaut au sein de cette industrie, la Commission estime qu'il serait également essentiel de modifier, dans le sens indiqué ci-haut, la Loi sur les marques de commerce.

---

1. S. C. 1952-53, chap. 49.

## La taxe de vente

Une taxe fédérale de vente de 12 pour cent frappe tous les produits pharmaceutiques, fabriqués au Canada ou importés, sauf l'adrénocorticotrophine (ACTH), la cortisone, l'insuline, l'extrait de foie employé exclusivement pour le traitement de l'anémie, le vaccin utilisé pour prévenir la poliomyélite et les matières employées exclusivement à sa fabrication. En outre, des exemptions sont accordées aux hôpitaux et aux établissements de bien-être.

Cette taxe fédérale de vente accroît les coûts des fabricants; mais, étant donné le caractère de la demande de médicaments prescrits et l'absence de concurrence dans l'industrie pharmaceutique, la taxe de vente est entièrement transmise aux consommateurs. De plus, en raison de la pratique chez les grossistes et les détaillants de déterminer leurs marges de bénéfice sur la base d'un pourcentage fixe du prix coûtant plutôt que sur la base d'un montant forfaitaire, la taxe de vente s'ajoute aux autres composantes du coût et s'inscrit proportionnellement dans le prix au consommateur.

L'abolition de la taxe de vente le 1er septembre 1967 réduira indéniablement les coûts de production des fabricants, sans qu'il soit certain qu'elle entraîne une baisse des prix payés par les consommateurs, étant donné les mécanismes de fixation des prix et les caractéristiques de la demande.

L'abolition de cette taxe de vente est une mesure souhaitable dans la mesure où elle s'insère dans un cadre plus large, soit celui de l'établissement de la concurrence dans l'industrie. Sans l'instauration d'autres mesures complémentaires, elle pourrait avoir comme principal effet d'accroître davantage les profits des fabricants et des détaillants de produits pharmaceutiques.

\*

Nous retrouvons, également, au chapitre des effets de la législation sur les prix des médicaments, certains textes de loi qui influent directement sur la structure des coûts au sein de l'industrie. Comme l'analyse systématique des coûts de production apparaît à la section suivante, nous reportons l'étude de ces aspects de la question à cette section.

## L'ANALYSE DES COÛTS

### Au niveau de l'importation

*Les droits de douane.* — Par suite de la faible densité de sa population, du marché restreint qu'il représente et de l'emprise

étrangère sur son industrie de produits pharmaceutiques, le Canada produit peu de principes actifs. En effet, l'industrie canadienne importe 80 pour cent des principes actifs qui entrent dans les préparations pharmaceutiques ainsi qu'une quantité importante de produits finis qu'elle emballe, puis met sur le marché. La plupart de ces principes actifs et de ces médicaments finis figurent sur la liste du Tarif des douanes, et sont frappés de droits *ad valorem*. Dans le cas des médicaments dont le volume d'importation est le plus élevé, le tarif imposable varie entre 15 et 20 pour cent de la « juste valeur marchande ».

Ainsi, une partie du coût, sur le marché canadien, de tout médicament importé tient aux droits de douane. Le but premier de ces droits est de protéger les producteurs canadiens de produits pharmaceutiques. Soulignons ici que le tarif douanier frappe presque tous les médicaments importés, qu'ils soient ou non d'une classe ou d'une espèce fabriquée au Canada. Dans la mesure où les droits de douane sont imposés sur des classes ou des sortes de produits qui ne sont pas fabriquées au Canada, ils protègent une industrie inexistante et ajoutent inutilement un élément au coût et, partant, au prix des médicaments.

*Les droits de dumping.* — Les droits de dumping, qui constituent une taxe d'entrée assez élevée, ont pour but d'empêcher les producteurs étrangers de déverser leurs produits sur le marché canadien à des prix nettement inférieurs aux prix demandés par les producteurs canadiens pour des produits analogues. Les droits de dumping, tout comme les droits de douane, s'appliquent à tous les produits importés, qu'ils soient ou non d'une classe ou d'une espèce fabriquée au Canada.

Étant donné la mainmise étrangère sur l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques, les droits de dumping comportent certains dangers. Ils incitent les fournisseurs étrangers à élever considérablement leurs prix de vente à leurs filiales canadiennes afin d'éviter les droits de dumping. Ces fournisseurs retiennent ainsi une marge de bénéfice beaucoup plus considérable et forcent les fabricants canadiens à produire à des coûts plus élevés. Ces coûts accrus s'inscrivent, bien sûr, dans les prix de vente.

Dans la mesure où les droits de douane et les droits de dumping protègent raisonnablement des industries et des produits pharmaceutiques canadiens, en nivelant les prix, ils peuvent être justifiés à certaines conditions. Cette analyse ne nous permet cependant pas d'arriver à des conclusions plus définitives. Par ailleurs, lorsque ces droits protègent des industries inexistantes et des produits fabriqués ailleurs qu'au Canada, ils procurent simplement des revenus à l'État et engendrent des coûts superflus dans la production de médicaments de qualité.

## Au niveau de la production

Les coûts de production des produits pharmaceutiques s'établissent en faisant la somme des coûts de chacune des opérations, telles que la recherche fondamentale, la recherche appliquée, la mise au point du produit, la fabrication des principes actifs et la fabrication du produit fini sous forme de « médicament tout préparé<sup>1</sup> ». Le peu de données disponibles sur les coûts de chacune de ces opérations en rend l'analyse particulièrement difficile.

Les trois premières opérations dans la fabrication de produits pharmaceutiques sont orientées vers la recherche et ses applications. Le comité spécial de la Chambre des communes, chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques, définit dans son rapport le contenu de chacune de ces opérations :

Bien qu'il soit difficile parfois de préciser et que la nomenclature puisse varier, le comité considère, premièrement, qu'il y a une recherche « de base » ou « pure », c'est-à-dire une recherche que l'on fait uniquement dans l'espoir de « faire la lumière » sur les connaissances scientifiques. Dans ce cas, par exemple, l'intention principale n'est pas de résoudre un problème particulier. Cette recherche est coûteuse et elle est généralement entreprise par les gouvernements, les universités ou d'autres organisations. Ce genre de recherche est aussi fait par les fabricants de médicaments, mais à un degré inférieur, et seulement à des endroits précis dans des pays étrangers, à l'exception d'un ou deux au Canada. Deuxièmement, il y a la recherche appliquée, c'est-à-dire la recherche nécessaire à la fabrication des produits que le consommateur désire et qui lui sont utiles. C'est cette forme de recherche qui est à la base d'une bonne partie de l'industrie secondaire et pour laquelle on a institué le régime de brevets. Et troisièmement, il y a le stade de mise au point d'un produit qui exige, entre autres choses, la recherche clinique qui demande l'épreuve continue d'un produit afin d'en assurer la haute qualité et la sécurité, aussi bien avant qu'après la mise en marché<sup>2</sup>.

Dans la pratique, il n'est pas facile de différencier ces trois étapes dans la fabrication des produits pharmaceutiques. En conséquence, les données relatives à ces opérations sont souvent groupées, et rendent difficile l'évaluation précise des sommes ou du pourcentage des revenus affectés à chacune d'elles. Le problème est d'autant plus complexe au Canada qu'une partie des sommes dépensées pour la recherche sert à des recherches effectuées à l'étranger.

*La recherche fondamentale.* — Nonobstant les affirmations des fabricants de produits pharmaceutiques, l'industrie pharmaceutique canadienne fait peu de recherche fondamentale. Celle-ci est extrêmement coûteuse et comporte de grands risques. En plus de risquer l'échec, le fabricant engagé dans ce type de recherche s'expose à ce que ses découvertes servent plus à ses concurrents ou à la société en général qu'à lui-même. Du point de vue de la rentabilité économique, il est souvent plus avantageux pour lui, du moins à court terme, d'investir dans la recherche appliquée et dans la mise au point du produit que dans la recherche fondamentale.

1. En anglais : *dosage forms*.

2. *Rapport du comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques*, pp. 26 et 27.

Cette hypothèse est vérifiée dans les faits comme en font foi les rapports de la Commission royale d'enquête sur les services de santé<sup>1</sup>, de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives et du Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des médicaments. Cependant, les consommateurs canadiens de produits pharmaceutiques participent au financement de la recherche internationale puisqu'une partie de son coût est intégrée au prix de vente de la société-mère à sa filiale canadienne. Comme l'industrie n'a pas économiquement intérêt à court terme à faire de la recherche fondamentale, elle y consacre des sommes faibles par rapport à ses revenus. En conséquence, la recherche fondamentale représente un faible coût dans la fabrication des produits pharmaceutiques. Cette constatation est d'autant plus étrange que les fabricants invoquent les coûts énormes de la recherche pour justifier les prix élevés de leurs produits : ce n'est certes pas à la recherche fondamentale que ces sommes sont principalement consacrées.

Connaissant cette situation, faut-il préconiser que la recherche fondamentale soit patronnée par le secteur privé ou bien entreprise sous la responsabilité du secteur public ? Pour les raisons énoncées plus haut, la Commission estime qu'il y aurait de très grands avantages à ce que le secteur public contribue, sous diverses formes, à ce type de recherche. Au départ, l'État pourrait intensifier la recherche en accordant des subventions aux milieux universitaires. Éventuellement, il pourrait coordonner l'ensemble des recherches authentiques par la création d'un centre de recherche en pharmacologie.

*La recherche appliquée.* — La recherche appliquée comporte moins de risques et d'imprévus que la recherche fondamentale. Si on la compare à la recherche pure, les dangers de déséconomies internes<sup>2</sup> et les risques d'échec sont moins grands et les sommes d'argent que l'industrie pharmaceutique lui consacre sont supérieures; elle y consacre environ 2 pour cent de ses revenus. Comme dans le cas de la recherche fondamentale, la recherche appliquée est surtout entreprise à l'étranger et les consommateurs canadiens de médicaments en assument une part puisque les sociétés-mères imposent à leurs filiales canadiennes une partie des coûts encourus pour la recherche.

La recherche appliquée est un élément essentiel du processus de fabrication des médicaments. Cependant, avant de déterminer si les dépenses qu'elle comporte sont efficaces et si leur niveau est satisfaisant, on doit considérer l'effet du régime des brevets sur ce type de recherche.

- 
1. Voir à l'appendice V, section B, un extrait du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé* concernant la recherche fondamentale.
  2. Il y a déséconomie interne lorsque la rentabilité d'une activité poursuivie par une firme est diminuée du fait qu'elle permet à une autre firme d'en tirer profit.

L'existence même d'un tel régime détermine l'orientation de la recherche appliquée. La perspective du contrôle exclusif que procure un brevet incite les firmes pharmaceutiques à orienter leurs efforts de recherche vers des découvertes et des inventions susceptibles d'obtenir la protection de brevets. Cette orientation tend à réduire la proportion des recherches dans les domaines où il est impossible d'obtenir des brevets, et à favoriser la recherche appliquée aux dépens de la recherche fondamentale. En défavorisant la recherche fondamentale au profit de la recherche appliquée, on restreint le nombre de découvertes fondamentales qui pourraient déboucher sur des applications dans des secteurs critiques.

En orientant la recherche appliquée vers des domaines susceptibles d'obtenir la protection de l'exclusivité, le régime des brevets favorise certains secteurs de la recherche, tels que la chimiothérapie, et décourage la recherche dans d'autres domaines, notamment la nutrition, l'hygiène publique, la biochimie et la médecine préventive. De plus, en mettant l'accent sur la découverte de produits et de procédés nouveaux, le régime des brevets incite les fabricants à orienter leurs recherches dans cette direction plutôt que vers l'étude des médicaments existants, de leurs propriétés et de leurs possibilités thérapeutiques. Ainsi, les fabricants entreprennent fréquemment des recherches coûteuses en vue de découvrir des procédés ou des produits légèrement différents de ceux qui existent, de façon à mettre sur le marché des médicaments analogues sous la protection du brevet.

La Commission royale d'enquête sur les services de santé faisait état de cette situation dans son rapport lorsqu'elle affirmait :

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 ingrédients 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<sup>1</sup>.

Ce biais marqué vers la duplication de produits existants entraîne non seulement un énorme gaspillage de ressources humaines et matérielles, mais aussi une concurrence qui prend la forme d'une rivalité de produits plutôt qu'une concurrence de prix.

Vu le grand nombre de produits semblables, les fabricants peuvent maintenir leurs prix et assurer le volume de leurs ventes au moyen de la publicité. Le gouvernement de l'Alberta dans son mémoire

---

1. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, 1964, vol. I, p. 670.



au Comité spécial de la Chambre des communes juge sévèrement cet effet du régime des brevets sur la recherche appliquée quand il déclare :

Hence patents have not only induced a distortion between basic and applied research, but in making the latter budgets relatively too large, have induced wasteful duplication of effort and the misdirection of effort toward rivalry-oriented molecular manipulation, the development of often irrational combinations of existing drugs which lack flexibility and compound the problems of dosage and toxicity, and the devising of additives which represent often questionable and perhaps unnecessary flourishes in the direction of increasing the absorption rate of a drug guarding against side effects, and the like <sup>1</sup>.

*La mise au point du produit.* — L'étape de la mise au point du produit est une des plus importantes dans la fabrication des médicaments; il est essentiel d'établir leur efficacité pharmacologique et leur sûreté et de déterminer leurs effets secondaires et leurs contre-indications. On dispose cependant de peu de données sur les sommes affectées à cette opération spécifique. Les fabricants estiment qu'il est difficile d'établir des cloisons étanches entre les trois opérations de recherche et d'application. L'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada a déclaré à notre Commission que l'ensemble de ses sociétés-membres consacraient à la recherche 8.3 pour cent de leur budget <sup>2</sup>. Il faut remarquer que ce pourcentage inclut non seulement les sommes dépensées au Canada mais aussi celles qui sont versées par les entreprises canadiennes pour les recherches conduites à l'étranger. À cause de nouvelles exigences du Directeur des aliments et des drogues en matière de « contrôle de la qualité » des médicaments et par suite des abattements fiscaux consentis aux entreprises pharmaceutiques qui font de la recherche commanditée, l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques entreprend un plus grand nombre de recherches qu'auparavant. Cet effort est encore modeste et les sommes consacrées à la recherche demeurent relativement minimes.

Le Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques soulignait ce fait dans son rapport : « Si on songe que le fabricant ne reçoit que 50 % du prix du pharmacien au consommateur et qu'on suggère le prix de \$5 pour un médicament quelconque, la contribution du consommateur à la recherche et à l'application pour l'achat de ce même produit serait alors de 17½ cents, en fait, une somme plutôt minimes <sup>3</sup>. »

La mise au point du produit comporte un grand nombre d'opérations, entre autres, les épreuves expérimentales sur des animaux afin d'évaluer l'action pharmacologique et la toxicité, la détermination

1. *Submission of the Government of the Province of Alberta to the Standing Committee of the House of Commons on Drug Costs and Prices*, February 1967, p. 26.
2. Mémoire soumis à notre Commission par l'Association canadienne des fabricants en pharmacie, avril 1967, p. 42.
3. *Rapport du Comité spécial de la Chambre des communes*, op. cit., p. 29.

des posologies appropriées et de leurs formes, la mise en marché, les essais cliniques initiaux, l'obtention du Directeurat des aliments et des drogues d'un permis de mise en marché, la construction d'usines-pilotes, l'ensemble des travaux subséquents pour connaître les effets à long terme du médicament et la revision constante de l'information pour fin de diffusion.

Il faut souligner ici l'effet direct qu'exerce le régime de brevets sur l'étape de la mise au point. Ainsi, il arrive que plusieurs entreprises travaillent sur les mêmes produits ou sur des produits apparentés, chacune désirant réduire au strict minimum le délai entre la découverte et la mise en marché puisque la priorité d'entrée sur le marché détermine, dans une large mesure, la part du marché qu'auront les différentes marques d'un même type de médicament. Le facteur temps est si important que les fabricants sont tentés de réduire au minimum les épreuves expérimentales et cliniques et de brûler des étapes comme, par exemple, celle de l'usine-pilote. Les fabricants ont aussi intérêt à faire pression sur les agents du Directeurat des aliments et des drogues afin d'obtenir, dans les plus brefs délais, l'autorisation de mettre leurs produits sur le marché.

*La fabrication des principes actifs.* — L'étude des coûts de fabrication des principes actifs est d'autant plus complexe que le Canada importe 80 pour cent des ingrédients actifs utilisés par l'industrie pharmaceutique canadienne. Les droits de douane et les droits de dumping qui frappent les principes actifs à leur entrée au Canada, ainsi que les problèmes que suscite la « détermination de la valeur imposable » ajoutent, comme il a été expliqué précédemment, au coût de ces ingrédients et contribuent directement à hausser le prix des médicaments.

Il nous apparaît donc utile de nous interroger sur les conditions de production des principes actifs importés au Canada. Dans des circonstances normales, il serait difficile de s'attendre à ce qu'une entreprise fonctionnant avec une capacité non utilisée puisse maintenir ses prix à des niveaux concurrentiels; toute capacité excédentaire entraîne des coûts supérieurs par unité de production qui se traduisent ultimement par des prix plus élevés. Or l'absence de concurrence qui prévaut généralement dans l'industrie explique que certaines entreprises peuvent fonctionner à capacité très réduite tout en maintenant leurs prix. À ce sujet, il est intéressant de remarquer que, en 1955, la firme américaine Bristol, qui fabriquait un tiers de la production totale de tétracycline, médicament fabriqué sous brevet, fonctionnait à 20 pour cent de sa capacité. Cette firme a maintenu, jusqu'aujourd'hui, le prix de la tétracycline, tandis qu'elle a abaissé celui de la pénicilline, médicament qui n'était pas fabriqué sous brevet<sup>1</sup>.

1. *Submission of the Government of the Province of Alberta to the Standing Committee of the House of Commons on Drug Costs and Prices*, February 1967, p. 31.

Il y a lieu de se demander si le régime des brevets n'est pas à nouveau un des facteurs à l'origine de ce nivellement de la production. En effet, on remarque que ces entreprises pharmaceutiques ont tendance à fabriquer elle-mêmes les principes actifs qu'elles auraient économiquement avantage à faire préparer et raffiner par l'industrie chimique. Si elles ne le font pas, c'est qu'elles veulent éviter que leurs concurrents puissent bénéficier de l'originalité de leurs brevets et qu'elles désirent garder secrets certains processus techniques qui n'ont pas été divulgués au moment de la demande de brevet. Cette hypothèse est d'autant plus valable que, dans les cas où les principes actifs sont préparés par l'industrie chimique, on constate qu'il n'y a pas de relation identifiable entre le coût de production des substances et le prix des produits finis.

Pour l'instant, nous ne disposons malheureusement pas d'information sur les méthodes de fabrication des principes actifs produits au Canada. Nous devons donc nous abstenir de porter un jugement sur cet aspect de la production pharmaceutique canadienne.

*La production des médicaments « tout préparés ».* — Les techniques utilisées dans la production des médicaments sous forme de médicaments « tout préparés » sont relativement simples et les installations et équipements requis peu coûteux. Étant donné ces conditions, on devrait s'attendre à ce qu'il existe, à ce stade de la fabrication, un nombre relativement élevé de petites et de moyennes entreprises. Après avoir fait préparer par l'industrie chimique les principes actifs dont elles ont besoin, ces entreprises les transformeraient elles-mêmes sous forme de capsules, d'ampoules, de sirops, d'injections, de solutés, etc. Ces deux opérations seraient réalisées à un coût minimum et, dans l'hypothèse d'un marché concurrentiel, le prix du produit refléterait les coûts de production.

Cependant, dans les faits, les entreprises qui fonctionnent à ce niveau sont relativement peu nombreuses et sont de grande taille. En plus de préparer elles-mêmes dans des conditions relativement inefficaces les principes actifs dont elles ont besoin, elles entreprennent aussi la fabrication de leurs médicaments tout préparés. De toute évidence, cette dernière opération s'effectue à des coûts relativement peu élevés.

À partir des données existantes, on peut affirmer que les coûts de production sont pratiquement sans aucune relation avec le prix de vente. D'ailleurs, plusieurs fabricants l'ont implicitement ou explicitement reconnu dans les déclarations qu'ils ont faites devant notre Commission, le Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des médicaments et la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

La firme Hoffman-LaRoche, détenteur du brevet de fabrication du *chlordiazepoxide* (librium) était d'accord avec la déclaration de

la firme Bell-Craig au commissaire des brevets. Celle-ci, dans sa demande de licence obligatoire pour la fabrication du « librium », a affirmé qu'elle ne pouvait pas prévoir ses coûts de façon précise mais que cela n'avait rien à voir avec son prix de vente<sup>1</sup>. De cette affirmation, on peut déduire que les prix n'ont pas ou ont peu de relation directe avec les coûts de production. Ceux-ci sont si minimes par rapport aux prix de vente que des variations substantielles dans les coûts de production n'ont pas d'effet appréciable sur les prix de vente.

Il existe peu de données pour appuyer cette affirmation. Les fabricants n'ont pas d'intérêt particulier à divulguer leurs coûts de production, à plus forte raison lorsque ceux-ci n'ont pas de relation avec les prix. Toutefois, à cause de renseignements fournis au Commissaire des brevets dans la demande de licence obligatoire pour la fabrication, des données existent dans le cas précis du *chlordiazepoxide* (librium) qui nous permettent de vérifier l'affirmation précédente (nous devons souligner que c'est le seul exemple chiffré dont nous disposons). Ainsi, les firmes qui fabriquent ce médicament sous licence obligatoire, suivant le procédé mis au point par Hoffman-LaRoche, donnent leurs coûts de production des ingrédients actifs par kilogramme comme il suit :

Bell-Craig . . . . .	\$1,300
Delmar . . . . .	450
Micro . . . . .	460

Il faut noter que ces chiffres comprennent une marge de profit.

Ces trois firmes ont un volume de production très restreint et Hoffman-LaRoche reconnaît que, son propre volume de production étant beaucoup plus considérable, ses coûts de production par kilogramme sont inférieurs à ceux de ces trois firmes.

Dans le mémoire du gouvernement de la province d'Alberta au Comité spécial de la Chambre des Communes, on a estimé, par hypothèse, que les coûts de production des ingrédients actifs de Hoffman-LaRoche se situent vraisemblablement entre \$112.50 et \$200 le kilogramme. On sait, d'autre part, que Hoffman-LaRoche vend ce même produit en Suisse \$150 le kilogramme. En Italie, le produit se vend \$81 le kilogramme<sup>2</sup>. Comme le coût de la main-d'œuvre absorbe une proportion relativement faible des revenus dans l'industrie de fabrication des produits pharmaceutiques, il est clair qu'il ne peut à lui seul expliquer les écarts considérables dans les prix. Si tel était le cas ou si les autres éléments des coûts de production variaient considérablement, les fabricants auraient intérêt à importer d'un ou

1. *Submission of the Government of Alberta...*, op. cit., p. 38.

2. Ces données sont tirées du mémoire du gouvernement de la province d'Alberta, op. cit., pp. 38 à 43.

des pays où les médicaments sont fabriqués aux prix les plus bas. Si les fabricants n'importent pas leurs produits, c'est qu'ils peuvent, compte tenu des frais de transport, des droits de douane et des droits de dumping, fabriquer ces mêmes produits à un aussi bon compte ou même à meilleur compte.

Hoffman-LaRoche vend le kilogramme de librium au grossiste \$4,400 et le détaillant le vendra \$8,800 aux consommateurs. Si l'on estime le coût de transformation d'un kilogramme de librium sous forme de capsules à environ \$170<sup>1</sup>, la marge entre les coûts de production et le prix de vente est considérable<sup>2</sup>. Il est vrai que cette marge est rétrécie par les frais de recherche et les frais d'administration et de distribution, mais il est incontestable que les sommes réservées à la publicité et celles qui représentent le profit sont plus élevées que la moyenne dans les autres types d'industrie.

L'hypothèse que les prix n'ont pas de relation directe avec les coûts de production est corroborée par les escomptes considérables accordés aux établissements hospitaliers pour l'achat de médicaments. Ainsi, l'hôpital universitaire d'Edmonton obtient pour des médicaments vendus sous leur nom de commerce des escomptes allant de 30 à 96 pour cent du prix de détail<sup>3</sup>.

*La mise en marché et la publicité.* — Les frais de mise en marché comprennent les frais de vente et de publicité, ainsi que les frais d'administration des services de publicité.

Étant donné que la Loi sur les aliments et les drogues interdit formellement toute publicité à l'endroit du public dans le cas de médicaments s'appliquant à certaines maladies graves, étant donné aussi que les médicaments prescrits<sup>4</sup> ne peuvent être achetés que sur ordonnance du médecin et que le choix du médicament dépend du médecin et, dans certains cas, du pharmacien, c'est vers eux que l'industrie pharmaceutique oriente sa publicité. La publicité se fait sous forme de réclame dans les revues médicales ou pharmaceutiques, d'envois par la poste, de fourniture d'échantillons, de subventions à des conférences ou à des expositions médicales, et par le truchement de représentants<sup>5</sup>, principalement auprès des médecins. Cette dernière forme de publicité est la plus importante et la plus coûteuse.

Comme le démontrent les déclarations de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada au Comité spécial de la Chambre des Communes chargé d'étudier le coût et les prix des

1. Cette hypothèse est fondée sur les coûts de transformation de la tétracycline, soit \$1.70 pour 100 capsules de 250 milligrammes.

2. Ces données sont tirées du mémoire du gouvernement de la province d'Alberta, *op. cit.*, pp. 38 à 43.

3. *Ibid.*, p. 53A. Voir à l'appendice V, section E, les escomptes consentis pour différents médicaments.

4. En anglais, *ethical drugs*.

5. En anglais, *detail men*.

médicaments, les sommes consacrées à la publicité sont très élevées. En effet, en 1964, 41 sociétés membres de l'A. F. P. C. ont consacré \$32,977,561 à la mise en marché et à la publicité; ces déboursés représentaient 29.6 pour cent de leurs revenus<sup>1</sup>.

TABLEAU XVI

**Frais de mise en marché de 41 entreprises (Membres de l'A. F. P. C.) (1964)**

	<i>Total pour l'année \$</i>	<i>Information des médecins \$</i>	<i>Autres \$</i>
1. a) Frais de représentation (Y compris les traitements des représentants et de leurs chefs, les frais d'entretien, d'automobiles, de réunions, d'équipement)	16,844,633	12,176,598	4,668,035
b) Administration des opérations commerciales et publicitaires (Services de gestion, services de bureau et autres dépenses du département commercial y compris le service d'étude des marchés). . .	4,694,395	3,567,047	1,127,348
c) Dépenses publicitaires . . .	11,438,533	9,980,869	1,457,664
<i>Total . . . . .</i>	<u>32,977,561</u>	<u>25,724,514</u>	<u>7,253,047</u>
2. Ventilation des dépenses publicitaires			
a) Expositions médicales et location des locaux . . . .	229,357	190,958	38,394
b) Publicité effectuée dans les revues médicales et pharmaceutiques . . . . .	2,331,527	2,118,005	213,522
c) Publicité postale directe . .	2,739,423	2,509,965	229,458
d) Échantillons (il s'agit ici d'échantillons publicitaires et non d'échantillons d'essai, etc.) . . . . .	2,939,446	3,702,215	237,231
e) Autres			
i) Produit . . . . .	1,704,459	1,299,882	404,577
ii) Non-produit . . . . .	494,321	331,645	162,676
<i>Total . . . . .</i>	<u>11,438,533</u>	<u>10,152,670</u>	<u>1,285,858</u>

Source : *Second (dernier) rapport du Comité spécial de la Chambre des Communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques*, appendice G, p. 86.

1. *Rapport du Comité spécial de la Chambre des Communes*, op. cit., 1967, p. 81.

Dans le mémoire qu'elle a présenté à notre Commission <sup>1</sup>, l'Association canadienne des fabricants en pharmacie estimait comme il suit le pourcentage des revenus des 58 compagnies consacrés aux frais de mise en marché et de publicité :

## TABLEAU XVII

### Pourcentage des revenus de 58 compagnies consacrés aux frais de mise en marché et de publicité

<i>Frais de mise en marché</i> (pourcentage des ventes des fabricants) . . . . .		28.3%
1. Frais de représentation (y compris les salaires des représentants et des cadres, frais de déplacement, etc.) . . . . .	Information médicale :	9.5%
	Vente :	4.4%
2. Administration de la mise en marché, de la vente et de la publicité (y compris les services d'administration et les services supplétifs, les salaires de ces départements et autres frais de mise en marché) . . . . .	Information médicale :	3.2%
	Autres :	1.2%
3. Annonces et promotion . . . . .	Information médicale :	8.7%
	Autres :	1.3%
<i>Répartition des frais d'annonce et de promotion</i> (Item 3 ci-dessus)		
a) Expositions médicales . . . . .		.2%
b) Publicité dans les revues médicales et pharmaceutiques . . . . .		2.0%
c) Publicité par malle . . . . .		2.2%
d) Échantillons . . . . .		3.3%
e) Autres . . . . .		2.3%

Par rapport à des revenus de \$175,150,000, les sommes consacrées à la mise en marché et à la publicité se chiffraient par \$49,568,250.

Comme les frais de représentation comptent pour environ la moitié des dépenses de mise en marché, il convient de remarquer

1. Mémoire de l'Association canadienne des fabricants en pharmacie, avril 1967, pp. 119 et 120.

qu'on dénombre au Canada un représentant par dix médecins<sup>1</sup>. Compte tenu de leur mode de rémunération et de l'existence d'un système de « commissions » sur le volume des ventes, on peut supposer que les représentants ont pour fonction principale, suivant la conception de l'industrie, de persuader les médecins beaucoup plus que les informer d'une façon objective. Si l'information était l'objectif premier de la publicité des fabricants de produits pharmaceutiques, des procédés plus efficaces et plus conformes aux conditions d'exercice des médecins pourraient être utilisés.

L'ordre de grandeur des dépenses de publicité cité plus haut vaut pour l'ensemble de l'industrie. Cependant, certaines grandes firmes consacrent à la publicité jusqu'à 35 pour cent de leurs revenus tandis que les petites entreprises, produisant sous des noms génériques, dépensent beaucoup moins.

L'industrie pharmaceutique consacre un pourcentage beaucoup plus élevé de ses revenus à la publicité et à la mise en marché que la moyenne de l'ensemble de l'industrie manufacturière, même si cette dernière s'adresse à une clientèle beaucoup plus vaste que celle de l'industrie pharmaceutique. Dans le cas d'un grand nombre de médicaments, toute publicité est interdite, sauf à l'endroit des médecins. En 1960, chaque société membre de l'A. F. P. P. C. dépensait en publicité directe, autre que la représentation, \$12.90 par médecin. La dépense totale de tous les membres de l'A. F. P. P. C. se chiffrait par \$516.03 par médecin<sup>2</sup>. Cette même année, les dépenses au poste de la représentation (à l'exclusion de la publicité directe) se chiffraient par \$544 par médecin<sup>3</sup>. C'est dire que les seuls membres de l'A. F. P. P. C. dépensaient alors \$1,060.03 par médecin au titre de la publicité et de la mise en marché.

Les fabricants justifient ces dépenses par la nécessité pour eux d'informer le médecin. Est-il normal que les consommateurs de médicaments prescrits assument le coût de l'information destinée aux médecins ? Cette pratique nous apparaît douteuse, pour plusieurs raisons. Tout comme les membres des autres professions, les médecins devraient payer eux-mêmes le coût de leur information. Ils en sont financièrement capables. En l'absence de tout contrôle, l'inclusion du coût de la mise en marché et de la publicité (ou de l'information des médecins) dans le prix des médicaments prescrits entraîne des conséquences fâcheuses non seulement à cause de son volume mais aussi parce que ce coût est majoré d'environ du double avant d'être transféré aux consommateurs. Fondée, en effet, sur la majoration

- 
- 1 D. H. Fullerton : « What, More studies on drugs ? » *Toronto Star*, November 12, 1966, p. 12.
  - 2 Commission royale d'enquête sur les services de santé : *Fourniture, distribution et coût des médicaments au Canada*, Ottawa, 1964, p. 36.
  - 3 *Ibid.*, p. 35.



procentuelle du prix coûtant, la méthode utilisée pour la fixation des prix au niveau de la distribution contribue à établir un prix de détail qui équivaut au double, et parfois davantage, du prix coûtant. Ainsi, selon les méthodes actuelles de fixation des prix, les \$49,568,250 consacrés à la mise en marché et à la publicité en 1965 par les 58 membres de l'A. C. F. P. (ou A. F. P. P. C.) se sont traduits, au niveau des consommateurs, par des déboursés supplémentaires égaux sinon supérieurs.

Les sommes consacrées à la publicité par les fabricants de produits pharmaceutiques servent à d'autres fins que l'information des médecins; elles couvrent une gamme très étendue de pratiques somptuaires allant de l'organisation de danses et de dîners jusqu'à l'organisation de tournois de golf.

Il est essentiel que les médecins soient bien renseignés non seulement sur les médicaments nouveaux, leur efficacité pharmacologique, leur sûreté, leur qualité, leurs effets secondaires et leurs contre-indications, mais encore sur les usages nouveaux des médicaments existants. Il est important qu'ils connaissent la gamme complète des médicaments utilisables à une fin donnée et qu'ils soient assurés de l'authenticité et de l'objectivité de cette information. Vu le peu de temps libre dont ils disposent, il y aurait avantage à ce que cette information soit centralisée dans un nombre restreint de publications et qu'elle soit concise et récente <sup>1</sup>.

La publicité effectuée par les fabricants de produits pharmaceutiques a un double objectif : fournir des renseignements techniques et promouvoir la vente de leurs produits <sup>2</sup>. Le second objectif qualifie le premier. Comme les fabricants cherchent à accroître leurs ventes, les renseignements techniques qu'ils fournissent se limitent à la valeur *per se* de leurs produits; ils n'ont pas intérêt à faire valoir les produits de leurs concurrents, même s'ils sont meilleurs que les leurs. Il arrive souvent que la publicité minimise les effets secondaires que peut avoir un médicament; ainsi l'information, par voie de publicité, a tendance à être fragmentaire et tronquée.

Au surplus, comme cette publicité est menée à une échelle massive, les médecins sont inondés de dépliants, d'annonces et d'échantillons. Or, le temps dont ils disposent pour lire et évaluer cette information est très limité. Dans ces conditions, il ne leur est pas facile de prescrire le médicament le plus approprié et le plus économique. De plus, comme la publicité des produits pharmaceutiques se fait sous le nom de commerce plutôt que sous le nom générique, il est pratiquement

- 
1. Dans son mémoire à notre Commission (p. 31), l'A. C. F. P. reconnaît d'ailleurs la nécessité d'une telle initiative. Quoiqu'elle parle exclusivement de nouveaux médicaments, nous estimons qu'on devrait inclure aussi les médicaments existants.
  2. Mémoire de l'Association canadienne des fabricants en pharmacie à notre Commission, avril 1967, p. 32.

impossible pour un médecin donné de dresser la gamme complète des médicaments existants (à compositions analogues) pour une fin donnée.

Compte tenu de la valeur inégale et du caractère fragmentaire et tendancieux de la publicité comme moyen d'information, il y aurait lieu d'organiser, parallèlement aux autres mesures mentionnées plus haut, un centre d'information pharmaceutique chargé de recueillir et de diffuser toutes les informations pharmaceutiques nécessaires à l'exercice éclairé de la médecine.

Sur le plan économique, la valeur de la publicité est discutable, car elle n'ajoute rien à la valeur ou à la qualité des produits pharmaceutiques. Elle entraîne, par contre, une hausse des coûts de production qui se traduisent par une augmentation d'environ 30 pour cent des prix. En dernier ressort, ce sont les consommateurs de médicaments prescrits qui supportent ce fardeau supplémentaire pour le bénéfice de l'industrie de la publicité.

Nous avons déjà affirmé que le principal but recherché par les fabricants de produits pharmaceutiques, en matière de publicité, était d'élargir leurs marchés respectifs en substituant la concurrence des produits à celle des prix. Mais l'industrie estime que la concurrence des produits, même si elle alourdit ses coûts, est beaucoup moins contrariante que la concurrence des prix. Celle-ci serait à l'avantage des consommateurs et au désavantage du fabricant. En voulant accroître le niveau de ses ventes par un abaissement de ses prix, un fabricant court certains risques. Il risque de réduire sa marge de profit et est forcé d'éliminer tous les coûts non essentiels. Il lui est aussi impossible de prévoir le nouveau volume de la demande pour son produit. Enfin, il peut difficilement prévoir la réaction de ses concurrents : si ceux-ci réduisent aussi leurs prix, il est possible que l'abaissement consenti accroisse à peine le volume des ventes et restreigne les marges de profit.

L'absence de concurrence tient à la structure même de l'industrie. Les entreprises sont peu nombreuses et de grande taille ; il existe une communauté d'intérêt entre les grands fabricants découlant de l'existence d'un grand nombre d'arrangements légaux et extra-légaux<sup>1</sup> entre les différentes firmes de l'industrie ; enfin, on impose des restrictions qui empêchent l'établissement de nouvelles entreprises. Peu de firmes, sauf celles qui sont de grande taille et qui disposent de vastes ressources, peuvent s'établir solidement dans l'industrie, étant donné les capitaux considérables qu'exige la publicité. Il existe bien un certain nombre de petites entreprises qui vendent leurs produits à des prix qui rivalisent avec ceux des grandes entreprises ; mais, comme elles sont incapables d'égaler la publicité des grandes firmes et ne publient bien souvent que des listes de prix, les

---

1. Dont, entre autres, tous les arrangements de *cross-licensing*, en matière de brevets.

médecins ignorent fréquemment l'existence de leurs produits. Lorsque les médecins connaissent ces produits, ils hésitent à les prescrire, les représentants des grandes firmes les ayant convaincus que l'écart considérable de prix entre ces médicaments (généralement mis sur le marché sous des noms génériques) et ceux des grandes firmes est dû à une différence considérable dans la qualité. Comme les médecins ne sont généralement pas en mesure d'évaluer la qualité de tous les médicaments, ils s'en tiennent aux marques les plus connues.

Cependant, comme la publicité a un double objectif, soit de faire connaître aux médecins les nouveaux médicaments et de promouvoir leur vente, il n'est pas certain que la création d'organismes d'information entraînerait nécessairement une diminution des sommes consacrées à la publicité et, par voie de conséquence, une diminution des prix des médicaments. Chacun aura intérêt à continuer à agir de façon à élargir sa part du marché, tant et aussi longtemps qu'on ne mettra pas en place certains mécanismes pour susciter une saine concurrence.

#### **Au niveau de la distribution**

*Le grossiste.* — Dans son mémoire à notre Commission, la *Canadian Wholesale Drug Association* définit clairement le rôle du grossiste : « ... the main function of the wholesale druggists is to distribute pharmaceuticals and other aids to health as rapidly and efficiently as possible in order that these are available to the public, through retail pharmacies, at any hour of the day or night<sup>1</sup> ».

La distribution des produits pharmaceutiques peut s'effectuer de deux manières, soit que le fabricant vende directement aux détaillants, soit encore qu'il fasse appel à un grossiste. On doit ajouter qu'aucun fabricant ne distribue tous ses produits lui-même. L'étape de la distribution au niveau du grossiste est probablement la plus concurrentielle et la plus efficace (au sens économique du terme) de toutes les opérations relatives à la fabrication et à la distribution des produits pharmaceutiques.

Selon une enquête conduite par l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, les grossistes n'interviennent que pour 38 pour cent des ventes nettes des médicaments de 35 grands fabricants. Le tableau de la page suivante donne la répartition des ventes de ces 35 fabricants en 1960.

---

1. *Canadian Wholesale Drug Association* : Mémoire à notre Commission, avril 1967, pp. 7-8.

## TABLEAU XVIII

### Répartition des ventes nettes des médicaments de 35 grands fabricants (1960)

	<i>Total</i>	<i>Proportion</i>
Hôpitaux généraux et institutions . . .	\$ 19,789,000	19.3%
Pharmaciens . . . . .	34,145,000	36.2
Grossistes . . . . .	38,655,000	37.6
Organismes gouvernementaux . . . . .	3,958,000	3.9
Exportation . . . . .	3,086,000	3.0
<i>Total des ventes de médicaments</i>	<i>\$102,633,000</i>	<i>100.0%</i>

Source : Commission royale d'enquête sur les services de santé : *Fourniture, distribution et coût des médicaments au Canada*, Ottawa, 1964, p. 54.

Dans le cas des fabricants qui distribuent eux-mêmes une partie de leurs produits, le coût de cette opération est relativement faible, surtout si on le compare au coût de la publicité et aux profits. L'Association des fabricants pharmaceutiques du Canada estime que 4 pour cent des revenus de ses membres sont consacrés à la distribution.

En ce qui concerne les grossistes, il n'y a pas de restrictions majeures à l'entrée de nouvelles firmes dans ce secteur et on retrouve ainsi un grand nombre de petites entreprises. Il n'existe pas non plus de marché protégé, car les fabricants, tout comme les pharmaciens, pourraient organiser leur propre réseau de distribution, ou d'approvisionnement, s'ils n'étaient pas satisfaits des services ou des prix offerts par les grossistes. Les dépenses de publicité<sup>1</sup> ne sont pas exorbitantes et les niveaux de profit réalisé par les grossistes sont raisonnables<sup>2</sup>.

Le mémoire présenté par le gouvernement de la province d'Alberta au Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques fait bien ressortir le caractère concurrentiel des opérations des grossistes.

Of all the business engaged in the drug industry, the wholesaler operates in the most competitive market, relatively speaking. Drug manufacturers have their markets protected by patents, trademarks, tariffs and dumping duties, sales promotion practices, fewness of numbers and large average size. Druggists have a protected market because of the institution of brand-name prescribing and other prescription regulations which put the consumer at a unique disadvantage, plus the advantages associated with being a closed profession regulated by semi-autonomous professional associations which may be able to limit entry. But the wholesaler has no comparably strong

1. 0.14 pour cent des revenus sont affectés à la publicité.

2. En 1957, les grossistes pharmaceutiques se sont classés au septième rang parmi les onze catégories de grossistes en ce qui concerne les profits.

bargaining position. There are relatively many small wholesalers, and no real barriers to entry. If unsatisfied with the performance of wholesalers, drug manufacturers can integrate forward and sell directly to retailers. Similarly, groups of retailers, or even larger individual retailers, can integrate backward, as it were, and buy directly from the manufacturers. Hence the wholesaler must provide suitable services, reasonably priced, or find himself out of business. This is not to say that there cannot be inefficiencies in drug wholesaling, but one would expect to find fewer at this stage of the industry than at any other<sup>1</sup>.

*Le détaillant.* — Le coût de la distribution au niveau du détaillant est une des composantes les plus importantes du prix des médicaments prescrits. Le grand nombre de détaillants dans la distribution des médicaments devrait favoriser la concurrence. Cependant, à ce niveau, elle y est faible en raison des politiques pratiquées en matière de fixation des prix. De plus, la mauvaise répartition des pharmacies sur l'ensemble du territoire tend à rendre inefficace ce niveau de distribution.

Certaines régions isolées n'ont pas de pharmacie ou n'en possèdent pas en nombre suffisant. Par contre, il existe une trop grande concentration de pharmacies dans les centres urbains. Ainsi, le rapport pharmacie/population est trop fort pour que le pharmacien puisse se consacrer exclusivement à l'exercice de sa profession; seulement 28.7 pour cent de ses revenus bruts proviennent de la vente de médicaments prescrits.

La façon dont les prix sont fixés par le pharmacien influe également sur le prix des médicaments prescrits. Deux méthodes servent généralement à établir le prix de vente. Dans la première méthode, le pharmacien majore le prix coûtant du médicament de 66 2/3 pour cent, qu'il l'ait obtenu du grossiste ou directement du fabricant, et ajoute des frais d'exécution de l'ordonnance qui varient d'une pharmacie à l'autre. Le prix de vente devient alors le double, *grosso modo*, de son prix coûtant. Il faut souligner que les fabricants accordent des escomptes plus substantiels aux grossistes qu'aux détaillants. Dans le mémoire qu'il a présenté au Comité spécial de la Chambre des communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques, le gouvernement de la province d'Alberta décrivait la méthode de fixation des prix au niveau de la distribution de la manière suivante :

Assuming that the suggested list price is \$1, the price of the druggist will be 60 cents, and the price paid by the wholesaler will be 50 cents. But the prescription surveys of the Canadian Pharmaceutical Association show that the average prescription price represents a doubling of the druggist's cost, hence the prescription will be dispensed for \$1.20, and only ten cents of this kept by the wholesaler<sup>2</sup>.

Ces données sont corroborées par les déclarations que l'Association canadienne des fabricants en pharmacie a faites devant notre Commission.

1. *Submission of the Government of the Province of Alberta*, 1967, pp. 74-75.

2. *Id.*, *ibid.*

Actuellement, la méthode décrite ci-dessus est très utilisée. Associée à la pratique des médecins de prescrire sous des noms de commerce plutôt que sous des noms génériques, elle tend à accroître le niveau général des prix des médicaments prescrits. Plus les médicaments sont coûteux, plus les profits du pharmacien seront élevés.

Dans la deuxième méthode, le pharmacien ajoute des honoraires professionnels au prix coûtant du médicament. Les associations professionnelles préconisent de plus en plus cette méthode. Elle est beaucoup plus équitable pour le consommateur de médicaments prescrits, surtout dans les cas où ces médicaments sont très dispendieux. Lorsque le médecin n'a pas prescrit un médicament à nom de commerce, cette méthode permet au pharmacien de remettre un médicament à nom générique de qualité établie de préférence à un médicament à nom de commerce plus coûteux.

De façon générale, il existe donc peu de concurrence de prix au niveau de la distribution au détail. On constate, également, en dépit de ce qui a été affirmé par les associations professionnelles, que certains pharmaciens « codent » les prix des ordonnances. Cette pratique consiste à indiquer au moyen d'un code le prix exigé pour une ordonnance et permet d'exiger, lorsque l'ordonnance est renouvelée, sinon un prix identique, tout au moins un prix qui n'est pas inférieur. Si cette pratique est répandue, elle équivaut à une politique de maintien volontaire des prix. On remarque, d'autre part, que, lorsque le médecin prescrit un médicament se vendant aussi sans ordonnance, certains pharmaciens enlèvent l'étiquette commerciale pour la remplacer par une étiquette d'ordonnance, apposent un numéro et vendent le médicament beaucoup plus cher que son prix à l'étalage.

Si on estime qu'il est opportun de conserver cette étape de la distribution sous sa forme actuelle, il faudra augmenter la concurrence dans la vente au détail en vue d'abaisser le prix des médicaments prescrits. La répartition géographique des pharmacies est également un problème d'importance. À ce stade de ses travaux, la Commission ne fait pas de recommandations puisque ces deux questions seront analysées dans le contexte de l'étude sur la distribution au détail des médicaments.

\*

Selon la Commission, toute politique d'abaissement des prix devrait tendre à rétablir la concurrence dans l'industrie des produits pharmaceutiques au niveau du fabricant. Elle devrait éliminer ou atténuer les effets d'opérations inutiles, telles que la publicité exagérée. Elle devrait également supprimer les facteurs de hausse des coûts provenant des cadres législatifs, notamment les droits de

douane et les droits de dumping prélevés sur les produits d'une sorte ou d'une classe non fabriquée au Canada. Enfin, elle devrait chercher à éliminer ou à mitiger les effets nuisibles de certaines lois<sup>1</sup> sur la concurrence.

## **LE CHAMP D'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIÈRE D'ABAISSEMENT DES PRIX**

### **LES MOYENS ET LES LIMITES DE CETTE ACTION**

La Commission croit que l'action des pouvoirs publics sur les prix des médicaments devra s'exercer par la mise en vigueur d'un ensemble de mesures législatives ou autres susceptibles de redonner au marché un caractère concurrentiel et par une intervention au niveau des coûts de production.

Les pouvoirs publics peuvent modifier avantageusement certaines caractéristiques de la production. Ainsi, pour des raisons expliquées plus haut, ils peuvent financer la recherche fondamentale et contrôler la qualité, la sûreté et le caractère scientifique de la production de manière à garantir et à établir la confiance dans tous les médicaments sur le marché.

Le financement de la recherche fondamentale par les pouvoirs publics n'aura pas d'effet direct à court terme sur les prix des médicaments, étant donné que les entreprises pharmaceutiques ne font pas de recherche fondamentale au Canada. Cependant, elle aura des effets à long terme dans la mesure où elle favorisera le développement d'une industrie canadienne concurrentielle indépendante de la structure étrangère des coûts.

L'influence néfaste des brevets et des marques de commerce sur le degré de concurrence, l'orientation de la recherche et les prix, devrait convaincre le gouvernement d'abolir ou, à tout le moins, de diminuer certaines formes de protection dont bénéficie présentement l'industrie pharmaceutique.

Dans le cadre de l'assurance-maladie et des régimes de soins hospitaliers, l'éventail des moyens d'action des gouvernements s'élargit. L'intervention de l'État dans le financement de la consommation de médicaments favorise le contrôle des prix, grâce à la négociation directe avec les fabricants. Ainsi, la position de l'acheteur se trouve sensiblement modifiée et les effets de la demande individuelle sur la structure de l'industrie sont grandement réduits. De plus, l'établissement d'une liste de médicaments constitue un autre moyen de contrôle indirect de la qualité et des prix des médicaments.

---

1. Voir la Loi sur les brevets, *S.R.C. 1952*, chap. 203, et la Loi sur les marques de commerce, *S.C. 1953*, chap. 49.

Enfin, compte tenu des recommandations de la Commission quant à la couverture des médicaments prescrits par le régime d'assistance-maladie et des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée par le régime d'assurance-maladie, la nécessité d'une intervention de la part de l'État revêt un caractère urgent. Il lui faut sans délai mettre en œuvre des mesures législatives propres à susciter de la concurrence sur le marché des médicaments.

Toutefois, l'action des gouvernements sur les prix des produits pharmaceutiques comporte des limites. Les caractéristiques générales du fonctionnement de l'entreprise privée en Amérique du Nord, alliées au caractère international de l'industrie canadienne des produits pharmaceutiques, compliquent sérieusement l'action des gouvernements sur les prix et peuvent en réduire la portée. Ce n'est pas sans raison que, aux États-Unis comme au Canada, leur intervention dans ce secteur a été si timide en dépit de multiples dénonciations d'abus.

Sans doute, les autorités publiques canadiennes ou québécoises peuvent créer des mécanismes et instituer une réglementation pour inciter l'industrie à se comporter d'une façon donnée, mais elles ne peuvent l'obliger à s'y conformer sans courir le risque de voir les entreprises s'orienter vers d'autres secteurs d'activité ou aller s'établir ailleurs. C'est là une conséquence du caractère privé des entreprises qui peut entraîner une perte d'emplois et de revenus pour la collectivité, à moins que l'État n'intervienne lui-même dans le secteur de la fabrication. Le caractère international de l'industrie fait que, en plus de ne pas être intéressée à amorcer une concurrence des prix sur un marché aussi restreint que celui du Canada, elle est capable de fixer internationalement les prix.

Enfin, au Canada, le partage des juridictions entre deux ordres de gouvernement limite l'action de chacun dans le domaine des médicaments. Ainsi, le rétablissement de la concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique commande la mise en œuvre d'un ensemble de mesures complémentaires. Or, ni le gouvernement fédéral, ni les gouvernements provinciaux ne disposent individuellement des pouvoirs nécessaires pour instituer et appliquer l'ensemble des mesures requises à cette fin.

Selon le partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, établi par l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, le droit criminel, le commerce interprovincial, les droits d'auteur, les brevets et les marques de commerce, notamment, ressortissent au gouvernement fédéral, tandis que le droit de propriété et le droit civil sont de la compétence des provinces.

D'une part, la réglementation des aliments, des drogues et des stupéfiants relève du droit criminel et, partant, est de juridiction fédérale. Certains aspects de la fabrication, du stockage et de la



distribution des produits pharmaceutiques relèvent du commerce interprovincial et international et sont également soumis au contrôle du gouvernement fédéral. Enfin, les brevets, les marques de commerce et les droits d'auteurs sont, en vertu la constitution, soumis à une réglementation fédérale. D'autre part, l'homologation des pharmaciens et des médecins, la pratique de la pharmacie et certains aspects du stockage et de la vente des médicaments relèvent du droit de propriété et du droit civil, et sont, par conséquent, soumis à une réglementation provinciale.

Il arrive que certains aspects distincts d'une matière tombent sous la juridiction fédérale tandis que d'autres tombent sous la juridiction provinciale; ainsi le contrôle de la fabrication peut relever à la fois de l'une ou de l'autre juridiction, selon qu'il s'agit d'un produit destiné à un usage interprovincial et international ou à un usage intraprovincial. Il se peut aussi qu'une matière soit soumise en même temps à la juridiction fédérale et à la juridiction provinciale; c'est, incidemment, le cas des stupéfiants, des aliments et des drogues. Les provinces peuvent réglementer la fabrication et la mise sur le marché des produits vendus sur leurs territoires mais, par le biais du code criminel, le gouvernement fédéral peut contrôler la mise en marché et la vente de certains produits.

Les complications qui résultent du partage des juridictions et la juridiction limitée à certains aspects d'une matière n'empêchent pas théoriquement l'action des pouvoirs publics en vue d'abaisser les prix, mais elles la rendent plus difficile et, à moins d'une collaboration très étroite, en compromettent le succès.

En raison des juridictions partagées, la coordination des moyens d'action que chacun détient s'impose. C'est là une condition *sine qua non* pour atteindre l'objectif visé. L'ensemble des mesures doivent être appliquées complètement et simultanément, sans quoi l'action isolée et partielle d'un ordre de gouvernement peut contrecarrer ou, tout au moins, gêner l'effort de l'autre et en réduire les effets.

À cette fin, la Commission estime que le Québec devrait établir une liaison étroite avec le gouvernement fédéral et les gouvernements des autres provinces afin de définir une politique d'action concertée.

#### LE CHAMP D'ACTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

En dehors d'une réglementation directe des prix des médicaments prescrits, le gouvernement du Canada peut, par des modifications appropriées à la législation existante touchant principalement le contrôle de la qualité et la protection de l'industrie, ramener les prix des médicaments à un niveau plus raisonnable. Les diverses mesures auxquelles nous songeons font partie de l'en-

semble des moyens propres à créer une certaine concurrence dans les secteurs de l'importation et de la fabrication des produits pharmaceutiques au Canada.

### **Les droits de douane et les droits de dumping**

En abolissant les droits de douane et les droits de dumping sur les produits d'une classe ou d'une espèce non fabriquée au Canada et en réduisant les droits de douane sur les produits fabriqués au Canada, de façon que la protection soit suffisante mais non excessive, le gouvernement fédéral peut contribuer à réduire les prix des médicaments prescrits. Il est évident que cette mesure ne suffirait pas, à elle seule, à donner à l'industrie pharmaceutique un caractère concurrentiel. De plus, en l'absence de concurrence, il est fort probable que le principal effet de cette réduction serait d'abaisser la partie des coûts de production que représente l'achat des ingrédients et, subséquemment, d'accroître les bénéfices des fabricants. Compte tenu de ces observations, la Commission est d'avis que les décisions relatives aux droits de douane et aux droits de dumping, annoncées par le gouvernement fédéral dans le dernier discours du budget, n'auront qu'un effet limité. Elles ne seront que des demi-mesures dans le cas des médicaments d'une classe ou d'une espèce non fabriquée au Canada, puisque les droits sur ces produits seront seulement réduits, mais non abolis. Dans le cas des produits d'une classe ou d'une espèce fabriquée au Canada, les réductions seront bénéfiques si les droits sont fixés à un niveau minimum conciliable avec les exigences d'une saine protection de l'industrie pharmaceutique. Comme nous l'avons démontré plus tôt, une protection trop forte encouragerait l'inefficacité et réduirait la concurrence.

Dans le cadre d'une politique d'abaissement des prix des médicaments, il serait aussi souhaitable que le gouvernement fédéral fasse procéder, par la Commission du tarif<sup>1</sup>, à une révision complète du tarif douanier en matière de produits pharmaceutiques et que, par la suite, ce tarif soit révisé périodiquement. Il y aurait lieu aussi de faire examiner, par le ministère du Revenu national, les critères et les méthodes utilisés dans la détermination de la valeur imposable des produits pour fin de droits de dumping.

### **Les marques de commerce**

Parmi les champs d'application de l'action gouvernementale en matière d'abaissement des prix des médicaments prescrits, celui des marques de commerce revêt une importance prépondérante. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait modifier la Loi sur les

---

1. Loi sur la Commission du Tarif, S.R.C. 1952, chap. 261.

marques de commerce de manière à obliger les fabricants de produits pharmaceutiques à inscrire, sur tous leurs emballages, leur documentation publicitaire ainsi que le nom générique et le nom de commerce dans des caractères en tout point identiques. Cette mesure devrait également s'appliquer à tous les médicaments; elle permettrait ainsi d'identifier les produits identiques ou apparentés et faciliterait la comparaison des prix. Le Directeurat des aliments et des drogues pourrait être chargé de voir à l'application de cette réglementation.

Nous recommandons aussi que le gouvernement fédéral modifie l'article 20 de la Loi sur les marques de commerce afin de permettre l'importation au Canada, par un tiers, d'un produit de marque de commerce donné. En brisant le monopole de l'importation et de la distribution que détient présentement le propriétaire d'une marque de commerce, cette mesure pourrait créer une certaine concurrence des prix, puisqu'elle permettrait d'introduire sur le marché canadien des produits étrangers dont la qualité est établie et dont le prix est inférieur aux produits canadiens de même marque.

### **Les brevets**

Dans leur forme actuelle, les brevets constituent un frein à la concurrence. Toute action gouvernementale en vue d'abaisser les prix des médicaments doit, pour être efficace, comporter un assouplissement du régime des brevets.

Il est souhaitable que le gouvernement fédéral modifie la Loi des brevets, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, de façon à réduire la durée des brevets, à faciliter, sinon à encourager, l'obtention de licences obligatoires pour la fabrication, à autoriser l'octroi de licences obligatoires pour l'importation et à imposer, dans les cas de présumée contrefaçon, le fardeau de la preuve au plaignant plutôt qu'au défendeur.

En matière de licences obligatoires pour la fabrication, il y a lieu d'améliorer la procédure d'octroi de façon à réduire les délais et à éliminer les dépenses inutiles. Il est même souhaitable que, après certains délais, les licences soient émises automatiquement moyennant des royautés fixées par le Commissaire des brevets. Il est aussi souhaitable que des licences obligatoires pour la fabrication de certains produits puissent être accordées aux gouvernements provinciaux, à condition qu'ils paient les royautés fixées par le Commissaire des brevets.

Il serait particulièrement opportun de modifier la Loi sur les brevets de façon à permettre l'octroi de licences obligatoires pour l'importation. Une telle mesure, essentielle au rétablissement de la concurrence dans le secteur des produits pharmaceutiques, permettrait

l'importation au Canada de produits fabriqués par des procédés brevetés et coûtant moins cher que les produits canadiens identiques. Ces licences obligatoires pour l'importation devraient, au premier chef, être accordées aux gouvernements des provinces pour tous les produits pharmaceutiques inscrits sur leur liste de médicaments approuvés. Les gouvernements provinciaux pourraient, ainsi, suivre une politique d'achat plus rationnelle en matière de médicaments et seraient en meilleure posture pour entamer la négociation avec l'industrie pharmaceutique.

Enfin, le Commissaire des brevets devrait, sur demande, octroyer des licences obligatoires pour l'importation des produits spécifiques, lorsqu'il juge que de telles autorisations sont dans l'intérêt public.

### **La publicité**

De tous les facteurs qui contribuent au prix élevé des médicaments, la publicité est un des plus importants et des plus aisément identifiables. Cependant, il est un des plus difficiles à enrayer par des moyens légaux ou par d'autres mesures directes. Cependant, comme l'a recommandé, dans son rapport, la Commission royale d'enquête sur les services de santé<sup>1</sup>, le gouvernement fédéral pourrait, par le truchement de la Loi de l'impôt sur le revenu des sociétés, inciter les fabricants à réduire leurs dépenses de publicité en établissant un pourcentage maximum du chiffre global de leurs ventes comme frais déductibles au titre de la réclame, des visiteurs médicaux et d'autres dépenses analogues.

Il pourrait aussi exiger, dans l'intérêt de la santé publique, que la publicité des fabricants de produits pharmaceutiques soit soumise à l'approbation préalable du Directeur des aliments et drogues.

### **LE CHAMP D'ACTION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**

En dehors du cadre de l'assurance-maladie, les moyens d'action des gouvernements provinciaux en matière de rationalisation des prix des médicaments sont plus restreints que ceux du gouvernement du Canada.

### **Le domaine de la fabrication**

Les gouvernements provinciaux ont le pouvoir de contrôler la fabrication des produits pharmaceutiques fabriqués à l'intérieur de leur territoire, et de réglementer la mise en vente des produits fabriqués hors de leur territoire mais destinés à la consommation ou à un usage à l'intérieur de la province. Ainsi, le gouvernement du Québec

---

1. Vol. I, p. 42, recommandation No 64.

pourrait exiger que tous les fabricants québécois obtiennent un permis de fabrication et que tout produit fabriqué au Québec porte un numéro de permis. Le gouvernement pourrait aussi se charger de l'inspection de tous les locaux utilisés pour la fabrication, assumer le contrôle de la pureté, de la qualité et de la sûreté des produits, et vérifier les méthodes de production, afin de garantir la qualité de tous ces médicaments mis sur le marché québécois. Ses moyens d'action découlent principalement de son pouvoir de réglementer le commerce de détail. Toutefois, l'exercice du pouvoir de contrôle de la fabrication serait extrêmement difficile et coûteux tant pour la province de Québec que pour toute autre province. Il nécessiterait un personnel compétent considérable et entraînerait une duplication des services présentement fournis par le Directeur des aliments et des drogues. Enfin, il profiterait peu aux Québécois puisque 74 pour cent de notre production est vendue à l'étranger<sup>1</sup>.

#### **Le domaine de la mise en marché et de la distribution**

Au secteur de la mise en marché, le gouvernement provincial pourrait exiger que tous les médicaments, autres que les spécialités pharmaceutiques, mis en vente au Québec soient connus et vendus sous leur nom générique. Il pourrait également mettre en place de mécanismes d'information et d'éducation, en vue d'agir indirectement sur le volume de publicité. Plus directement, ces mécanismes d'information permettraient d'accroître la confiance dans les produits vendus sous leur nom générique et de sensibiliser la profession médicale aux variations de prix entre les médicaments de composition comparable et de qualité égale.

Toutefois, c'est dans le domaine de la distribution que l'action du gouvernement provincial trouverait non seulement son champ d'action le plus vaste mais aussi ses moyens d'action les plus efficaces. D'ailleurs, cette action en vue d'abaisser les prix deviendra plus impérieuse au fur et à mesure que la couverture des médicaments s'élargira dans le cadre des régimes d'assistance-maladie et d'assurance-maladie.

La politique devra être suffisamment souple pour ne pas allonger indûment les circuits de distribution. Elle devra, de l'avis de la Commission, prendre la forme d'une négociation de prix. Sans changer la nature de la demande de médicaments, une telle politique modifiera sensiblement la position de l'acheteur et permettra de rétablir un certain équilibre sur le marché des produits pharmaceutiques entre fabricants et consommateurs. De plus, si le gouvernement du Québec

---

1. Mémoire de l'Association canadienne des fabricants en pharmacie à notre Commission, 1967, p. 23.

ou son agent sont habilités à importer des médicaments fabriqués sous brevet ou portant une marque de commerce, le secteur connaîtra une concurrence de prix plus vive.

Selon cette politique, les fabricants vendraient leurs médicaments aux grossistes, aux détaillants, aux hôpitaux et aux autres institutions publiques et privées à des prix négociés à l'avance par les agents de l'État dont la nomination relèverait du ministre de la Santé.

Il va sans dire que la négociation devra être précédée d'une consultation avec les secteurs intéressés, grossistes, détaillants, hôpitaux et autres institutions afin d'établir, de façon aussi précise que possible, leurs besoins.

Afin de s'assurer que les prix ainsi négociés se comparent, compte tenu des quantités requises, avec les prix obtenus par les autres gouvernements au Canada ou leurs agents, il serait souhaitable que le ministre de la Santé établisse les liaisons nécessaires avec ces gouvernements.

\*

Étant donné les régimes de soins hospitaliers existants et ses recommandations quant à la couverture des médicaments prescrits dans le cadre des régimes d'assistance-maladie et d'assurance-maladie, la Commission croit fermement à la nécessité de dresser une liste générale de médicaments approuvés, à partir de laquelle on pourra établir des modalités d'application particulières suivant la couverture prévue pour chacun de ces régimes.

Le choix des médicaments à inscrire sur la liste officielle doit se fonder sur deux critères. Le premier, c'est la qualité et la sûreté des médicaments : devraient être inscrits sur la liste des médicaments dont la qualité et la sûreté ont été prouvées. Le deuxième critère, c'est le prix : devraient être inscrits sur la liste des médicaments d'une classe ou d'un groupe dont le prix ne dépasse pas un maximum déterminé, une fois la qualité et la sûreté assurées. Seraient exclus ainsi de cette liste les médicaments vendus sous leur nom de commerce dont les prix sont abusifs, à moins que les fabricants ne consentent à réduire leurs prix. Les médicaments devraient obligatoirement y être inscrits sous leurs noms génériques ; l'inscription sous leurs noms de commerce serait facultative. La liste devrait également contenir des normes précises relatives au format souhaitable pour les divers médicaments.

L'élaboration d'une telle liste aurait l'avantage de permettre aux détaillants de réduire leurs inventaires et, partant, d'abaisser leurs coûts fixes. La liste de médicaments approuvés non seulement permettrait d'obtenir des fabricants de produits pharmaceutiques des prix qui soient plus en relation avec leurs coûts de production mais éliminerait, dans une certaine mesure, la raison d'être de la publicité.

À défaut d'une entente raisonnable sur les prix avec les fabricants canadiens de produits pharmaceutiques, le gouvernement ou son agent pourraient se procurer ces médicaments à l'étranger s'ils y sont vendus à meilleur marché. Dans ce contexte, il devient extrêmement important que la Loi sur les brevets et la Loi sur les marques de commerce soient modifiées de façon à permettre au gouvernement, ou à son agent autorisé, d'obtenir des licences obligatoires pour l'importation.

#### LES STRUCTURES ET LES MÉCANISMES DE COORDINATION

La Commission croit qu'un comité permanent devrait être créé pour préparer la liste des médicaments et la tenir à jour. À cette fin, elle recommande que ce comité soit composé d'experts nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et responsables au ministre de la Santé. Elle estime également que les collèges et les associations professionnelles au niveau des collèges de pharmaciens et de médecins, les facultés de pharmacie, l'Association des hôpitaux et le ministère de la Santé devront y être représentés. Mais, afin d'assurer l'objectivité des délibérations et des décisions, elle croit essentiel qu'aucun fabricant n'en fasse partie.

Pour dresser cette liste, le comité devra travailler en étroite collaboration avec l'organisme chargé de l'administration du régime d'assurance-maladie, le service de recherche et de planification du ministère de la Santé et le Directeur des aliments et des drogues. Il devra s'adjoindre un secrétaire permanent afin d'établir et de maintenir les liaisons avec ces divers organismes.

Dans le cadre de l'action gouvernementale en vue d'abaisser les prix des médicaments, il serait opportun que le Service de recherche et de planification du ministère de la Santé effectue des études relatives aux prix des médicaments dans les diverses régions du Canada et à l'étranger, fasse, à l'échelle de la province, des prévisions quant aux besoins de médicaments dans le secteur de détail et le secteur institutionnel, et établisse les tendances de la consommation. Ce service s'acquitterait ainsi d'une fonction de recherche sur les médicaments et viserait principalement à assurer une consommation optimale par le public québécois et, à plus court terme, à préparer la négociation des prix.

Selon la Commission, les liaisons avec le Directeur des aliments et des drogues poursuivraient un double objectif : garantir, d'une part, la qualité des médicaments inscrits sur la liste et assurer, d'autre part, la diffusion de l'information technique aux médecins et aux pharmaciens.

Nous avons déjà souligné que la qualité constitue l'un des principaux critères devant guider le comité d'experts chargé d'établir

la liste des médicaments pour le Québec. Or, le Directeurat des aliments et des drogues est actuellement le seul organisme de contrôle de la qualité des médicaments. Nous avons également mentionné les raisons pour lesquelles il ne serait pas opportun pour le Québec de doubler cette fonction. Nous estimons, néanmoins, qu'il serait essentiel d'établir certains mécanismes de collaboration entre le comité d'experts et le Directeurat des aliments et des drogues.

Dans l'hypothèse où le Directeurat des aliments et des drogues exerce un contrôle efficace sur la fabrication des médicaments, le comité provincial d'experts devra, une fois la liste dressée, établir les liaisons nécessaires avec le Directeurat afin de s'assurer que toutes les firmes fabriquant un produit donné aient préalablement satisfait aux exigences nécessaires en vue d'obtenir l'autorisation de mise en marché. Ce serait là une façon de garantir qu'aucun médicament de la liste n'a échappé au contrôle fédéral. Une fois la liste initiale ainsi vérifiée, la liaison avec le Directeurat devra évidemment être maintenue, afin d'en faciliter la mise à jour.

Dans le cas où le gouvernement du Québec obtiendrait la licence obligatoire pour l'importation de tous les médicaments inscrits sur sa liste, il faudrait qu'il puisse utiliser les mécanismes de contrôle du Directeurat des aliments et des drogues pour s'assurer de la qualité des produits qu'il jugerait à propos de se procurer à l'étranger.

Étant donné que tout mécanisme d'information pharmaceutique doit, pour être valable, s'appuyer sur un personnel scientifique et technique capable d'évaluer objectivement la qualité et la sûreté des médicaments et étant donné que le Directeurat des aliments et des drogues est présentement au Canada le seul organisme en mesure de remplir une telle fonction, la Commission croit que le comité d'experts devrait, d'une part, s'appuyer sur la compétence et les informations de cet organisme et, d'autre part, colliger cette information et la transmettre aux médecins et aux pharmaciens de la province.

## CONCLUSION

Vu les limites posées à toute action gouvernementale en vue d'abaisser les prix par une emprise étrangère et par le caractère international et privé de l'industrie pharmaceutique de fabrication; vu aussi que 80 pour cent des principes actifs sont fabriqués à l'étranger sous une structure de coûts échappant au contrôle des autorités publiques québécoises; et vu, enfin, les limites posées à l'action du gouvernement du Québec par le partage des juridictions entre les deux ordres de gouvernement, la Commission est persuadée que les moyens les plus efficaces pour abaisser les prix de médicaments



sont l'établissement d'une liste de médicaments approuvés et la mise en place d'une politique de négociation de prix s'appliquant à la fois au secteur public et au secteur de détail. Ces deux mesures susciteraient une certaine concurrence et auraient indéniablement un effet salubre sur les prix.

## **Recommandations**

La Commission recommande :

- I. 94. QU'une liste de médicaments approuvés soit établie, publiée et tenue à jour.*
- I. 95. QUE cette liste comprenne un éventail complet des médicaments qui peuvent être prescrits et couverts dans le cadre des régimes des soins et de services hospitaliers et des régimes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie.*
- I. 96. QUE la liste ne comprenne que des médicaments dont la qualité et la sûreté sont établies et dont les prix ne dépassent pas un maximum déterminé.*
- I. 97. QUE les médicaments y soient obligatoirement inscrits sous leurs noms génériques et que l'inscription sous leurs noms de commerce soit facultative.*
- I. 98. QU'un comité d'experts soit chargé de dresser cette liste et de la tenir à jour.*
- I. 99. QUE les membres de ce comité soient nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et qu'ils soient responsables envers le ministre de la Santé.*
- I. 100. QUE chacun des organismes suivants y soit représenté :*
  - le Collège des pharmaciens de la province de Québec,*
  - le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec,*
  - les Associations professionnelles de pharmaciens,*
  - les Associations professionnelles de médecins,*
  - l'Association des hôpitaux de la province de Québec,*
  - les facultés de pharmacie,*
  - le ministère de la Santé.*

I. 101. *QUE ce comité soit chargé de diffuser aux pharmaciens et aux médecins les informations techniques relatives aux médicaments.*

I. 102. *QUE le comité d'experts chargé de dresser la liste de médicaments maintienne d'étroites liaisons avec le Directeurat des aliments et des drogues afin de garantir, d'une part, la qualité des médicaments inscrits sur la liste et d'assurer, d'autre part, la diffusion de l'information technique sur les médicaments aux pharmaciens et aux médecins.*

I. 103. *QUE le Service de la recherche et de la planification du ministère de la Santé soit chargé :*

- a) *d'étudier les prix des médicaments au Canada et à l'étranger;*
- b) *d'établir les besoins de médicaments à l'échelle de la province;*
- c) *d'entretenir des relations étroites avec les hôpitaux en ce qui concerne les produits pharmaceutiques et de compiler les statistiques de consommation et les inventaires de l'ensemble des hôpitaux et des autres établissements publics dans la province.*

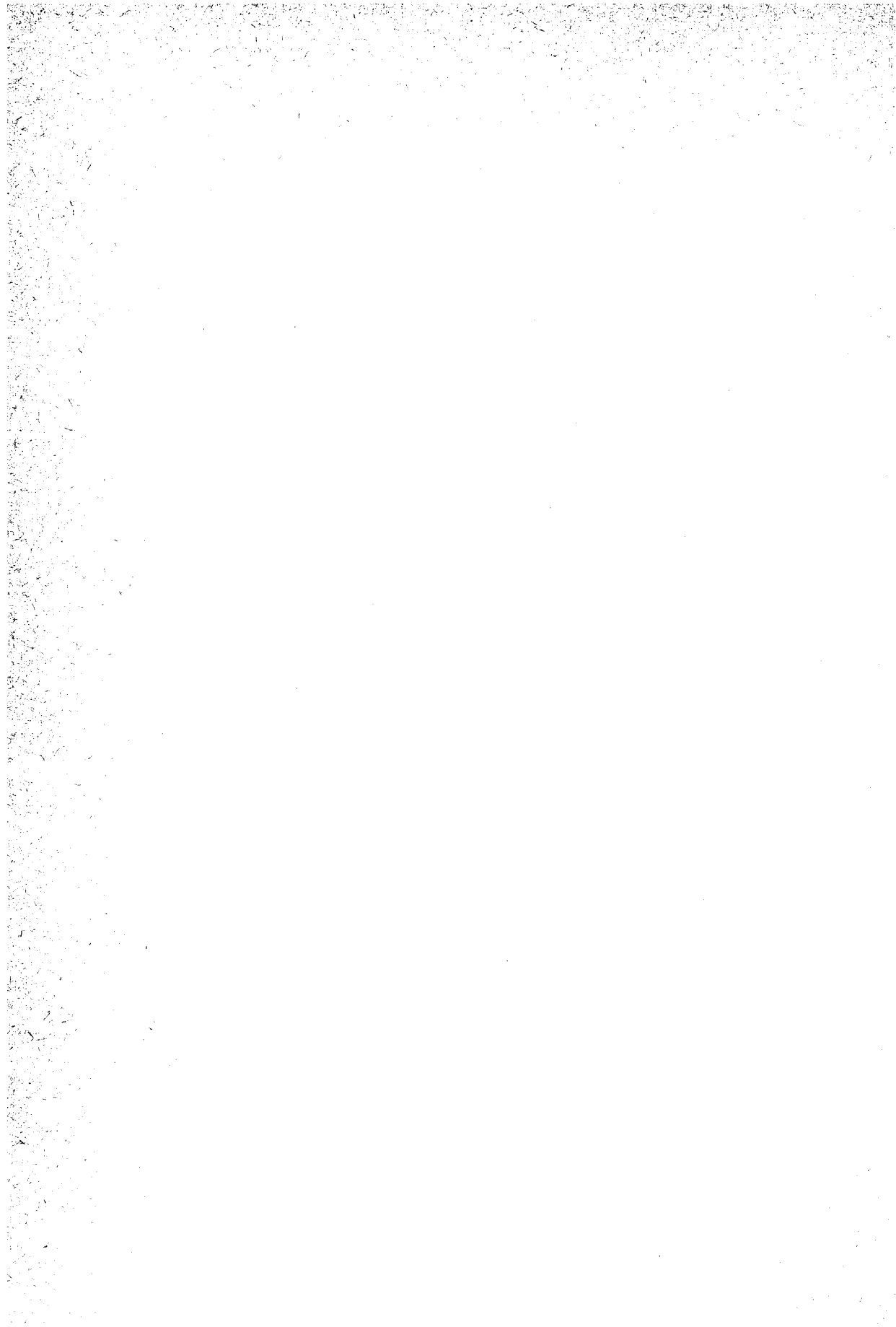
I. 104. *QU'une politique de négociation de prix soit établie et que son application relève du ministre de la Santé.*

I. 105. *QUE tous les médicaments, autres que les spécialités pharmaceutiques, vendus au Québec portent obligatoirement un nom générique, et que celui-ci soit inscrit dans des caractères en tout point identiques au nom de commerce.*

I. 106. *QUE le gouvernement du Québec prie le gouvernement du Canada*

- a) *de modifier la Loi sur les brevets de façon :*
  - à réduire à deux ans la durée des brevets dans le cas des produits pharmaceutiques;*
  - à permettre l'octroi de licences obligatoires pour l'importation;*
  - à permettre l'octroi de licences obligatoires pour l'importation au gouvernement du Québec.**Que ces licences s'appliquent à tous les médicaments inscrits sur sa liste des médicaments approuvés;*

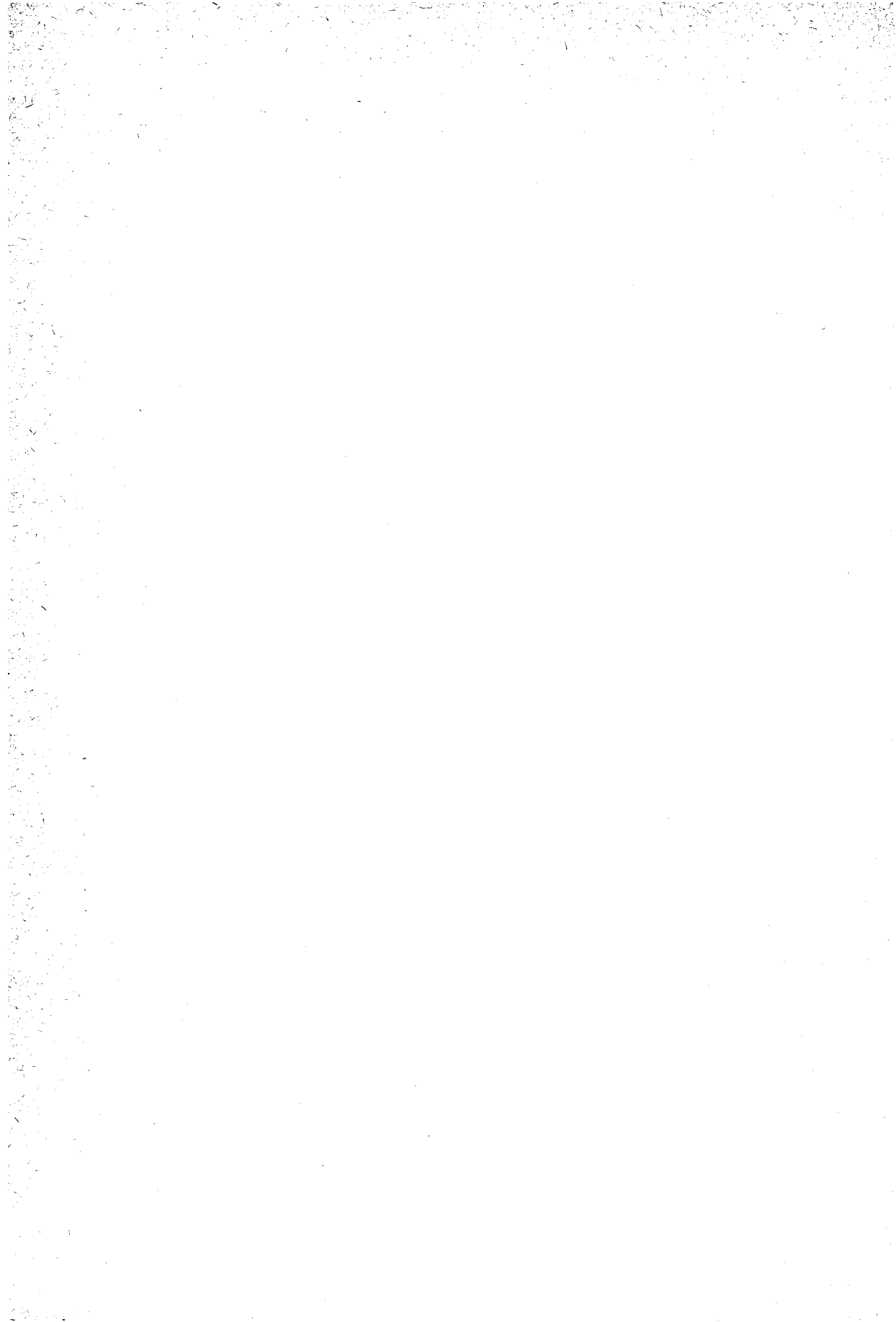
- à faciliter l'obtention de licences obligatoires pour la fabrication;
- b) de modifier la Loi sur les marques de commerce de façon :
- à élargir le droit d'importer des produits portant une marque de commerce et à permettre ainsi à d'autres personnes ou entreprises que les propriétaires de marque de commerce, ou leurs agents autorisés, d'importer de tels produits;
  - à permettre l'importation par le gouvernement du Québec, ou par son agent autorisé, de tous les médicaments portant un nom de commerce inscrits sur la liste approuvée;
- c) de demander au *Directorat des aliments et des drogues* de prendre des mesures appropriées afin de resserrer les contrôles et les inspections relatifs à la qualité des médicaments;
- d) d'abolir les droits de douane frappant des produits pharmaceutiques d'une classe ou d'une espèce non fabriquée au Canada;
- e) d'abolir les droits de dumping frappant des produits pharmaceutiques d'une classe ou d'une espèce non fabriquée au Canada;
- f) de prendre les mesures nécessaires pour que l'abolition de la taxe fédérale de vente de 12 pour cent sur les médicaments bénéficie aux consommateurs sous la forme d'une réduction proportionnelle des prix.



## **VIII**

---

### **La mise en application du régime d'assurance-maladie**



## **La mise en application du régime d'assurance-maladie**

L'importance des objectifs de l'assurance-maladie, tant du point de vue social et économique que du point de vue de la rationalisation et de la coordination des mécanismes de distribution de soins, fait clairement ressortir la nécessité d'établir un régime d'assurance-maladie. La Commission est d'avis que le régime devrait être inauguré le plus tôt possible en tenant compte, d'une part, de la date d'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur les soins médicaux et, d'autre part, des aspects particuliers que revêt la question de l'assurance-maladie au Québec. Il est essentiel que tout soit mis en œuvre pour assurer le fonctionnement efficace du régime dès sa mise en application, compte tenu du grand nombre de problèmes qui devront être résolus au préalable.

### **LE DÉVELOPPEMENT DES DIVERS SECTEURS DE LA SANTÉ**

La Commission ne saurait trop insister sur le fait que l'importance des énergies et des ressources financières qui seront concentrées dans la mise en marche du régime est telle qu'il faudra simultanément mettre en application des mesures complémentaires dans les autres secteurs de la santé et effectuer les investissements nécessaires dans la distribution des services hospitaliers et médicaux. À plusieurs reprises dans son rapport, la Commission a mis l'accent sur l'interdépendance entre les différents secteurs de la santé. Elle a, de plus, consacré un chapitre aux politiques et mesures complémentaires, même si l'état de ses travaux ne lui permettait pas de présenter plus qu'une analyse fragmentaire de la question.

Or, comme en font foi plusieurs des mémoires et des dépositions reçus par la Commission, le domaine de la santé est malheureusement caractérisé par un manque de coordination et d'équilibre entre les divers secteurs. Une telle situation ne saurait se perpétuer, sans accentuer les problèmes qui en résultent et même réduire considérablement le rendement des régimes hospitaliers déjà en vigueur et du nouveau régime d'assurance-maladie.

Par conséquent, la Commission croit qu'il est nécessaire d'insister sur le fait que l'établissement du régime d'assurance-maladie devra être précédé et s'accompagner d'une action énergique dans les autres secteurs, de l'instauration de nouvelles politiques et mesures complémentaires et d'une réduction de la hausse trop rapide des coûts des régimes de soins et de services hospitaliers sans, pour autant, diminuer la qualité des soins. Il est d'ailleurs important de remarquer que le régime d'assurance-maladie lui-même constitue une mesure susceptible de rendre plus efficace le fonctionnement des régimes de soins et de services hospitaliers.

## LES ASPECTS FINANCIERS DU RÉGIME

En accordant la priorité à l'assurance-maladie, le gouvernement doit, en définitive, être conscient qu'il s'engage, par la même occasion, à satisfaire la demande de soins et de services dans le domaine de la santé. Cela signifie qu'il devra jouer un rôle prépondérant sur le plan financier en ce qui a trait aux effectifs, aux installations, à l'équipement et à l'ensemble des services de santé. La Commission estime, de façon très approximative, à environ \$250 millions les investissements nécessaires au cours des toutes prochaines années pour résoudre les problèmes qui se sont accumulés. Ces investissements considérables, essentiels à la réalisation d'un meilleur équilibre dans le domaine de la santé et qui, encore une fois, devront être consentis en même temps que l'assurance-maladie entrera en vigueur, ne serviront pas tellement à satisfaire des besoins nouveaux, mais surtout à combler les lacunes existantes.

## LES CONSÉQUENCES DU FINANCEMENT DU RÉGIME

À lui seul, le financement du nouveau régime d'assurance-maladie ne soulèverait pas de problème insoluble puisque la population défraie déjà, sous une forme ou sous une autre, la majeure partie du coût des soins médicaux. Il s'agit plutôt, dans une large mesure, d'un transfert de fonds afin d'établir une relation équitable entre le coût du régime et la capacité de payer des individus et des familles, en tenant compte évidemment du niveau et de la répartition du fardeau de la taxation.

Le problème financier apparaît, toutefois, sous sa véritable dimension, quand on considère à la fois l'évolution des dépenses au titre des régimes de soins et l'accroissement parallèle des investissements pour la formation du personnel, la mise en place des équipements physiques et le développement des autres secteurs de la santé, que les retards enregistrés dans ces domaines rendent urgents. Ce rattrapage est essentiel pour faire donner aux dépenses relatives aux régimes de soins leur maximum de rendement et maintenir dans des proportions raisonnables la croissance des coûts de ces régimes.

Il n'y a pas de doute que le développement intégré du domaine de la santé requerra une proportion de plus en plus grande des ressources gouvernementales. Au seul poste des régimes de soins, nous avons estimé que les dépenses passeraient de \$515 millions en 1967 à plus d'un milliard de dollars en 1970<sup>1</sup>. Le tableau XIX

1. L'extension de la couverture des régimes d'assurance-maladie ou d'assistance-maladie entraînerait une hausse encore plus substantielle. Par exemple, la couverture de l'ensemble des médicaments prescrits se traduirait, en 1970, par un coût additionnel de l'ordre de \$112 millions, compte tenu du coût des médicaments déjà couverts.



met en relief l'évolution des dépenses publiques au titre des régimes de soins et indique que celles-ci représentent une proportion sans cesse accrue du budget total de dépenses du gouvernement.

TABLEAU XIX

**Dépenses publiques au titre des régimes de soins et ensemble des dépenses budgétaires du gouvernement du Québec**

<i>Année</i>	<i>Dépenses publiques au titre des régimes de soins (A) (\$000,000)</i>	<i>Total des dépenses budgétaires<sup>1</sup> (B) (\$000,000)</i>	<i>Proportion (A)/(B) %</i>
1966 . . . . .	441.9	2,104	21.0
1967 . . . . .	515.7	2,318	22.3
1968 . . . . .	810-830	2,850	28.4-29.1
1969 . . . . .	905-951	3,050	29.7-31.1
1970 . . . . .	1,011-1,092	3,300	30.6-33.1

1. Prévisions fournies par le ministère des Affaires intergouvernementales; la partie de 2 pour cent de la taxe de vente distribuée aux municipalités est exclue.

Il s'agit là, bien sûr, d'une évolution de courte période, et le pourcentage devrait se stabiliser et même décroître à mesure que la priorité passera du secteur de la santé à d'autres sphères de l'activité gouvernementale.

Au chapitre des octrois conditionnels, on pourrait croire, de prime abord, que l'analyse qui précède ne tient pas compte d'une donnée importante, soit l'existence de la « Caisse d'aide à la santé<sup>1</sup> ». Afin de dissiper tout doute à ce sujet, rappelons que les montants que le Québec pourra recevoir de cette caisse varieront entre \$10 et \$20 millions par année, selon le rythme d'allocation, et ceci dans la mesure où il dépensera lui-même un montant équivalent. Les fonds en provenance de cette caisse qui, en ce qui a trait au Québec, s'élèveront à environ \$150 millions au total, serviront tout au plus à faciliter la solution des problèmes d'investissements qui résulteront des besoins nouveaux et toujours plus grands dans le domaine de la santé.

Il semble donc que le gouvernement du Québec devra, pour faire face à l'extension des régimes de soins et réaliser un rattrapage dans le domaine des investissements et des autres secteurs de la santé, soit faire appel à de nouvelles sources de revenus fiscaux, soit recourir à des déficits budgétaires plus élevés, soit obtenir un transfert plus important des ressources du gouvernement fédéral.

1. Loi sur la Caisse d'aide à la santé, 14-15 Élisabeth II, chap. 42.

La Commission ne croit pas qu'il lui appartienne de déterminer si les possibilités qu'offriraient de nouvelles sources de revenus fiscaux telles l'impôt d'assurance-maladie ou l'augmentation des déficits budgétaires seraient suffisants. Comme il faut prévoir que l'évolution de l'ensemble des dépenses budgétaires indiquées au tableau XIX se traduira, pour d'autres raisons, par une augmentation du déficit global par rapport au rendement actuel des sources de revenus fiscaux, on ne saurait ignorer l'ampleur du problème financier que le gouvernement aura à affronter au cours des prochaines années.

Quant à la possibilité d'un transfert plus important des ressources du gouvernement fédéral, il pourrait prendre la forme d'une hausse des sommes rendues disponibles par la Caisse d'aide à la santé. Toutefois, l'on ne saurait ignorer les difficultés que les provinces éprouvent à obtenir du gouvernement du Canada des transferts plus importants de revenus fiscaux pour les investissements et le financement de diverses mesures dans le domaine de la santé.

En outre, la Commission croit fermement que le fait de retarder la mise en vigueur du régime d'assurance-maladie ne saurait constituer une solution au problème financier. En plus des objectifs de cette mesure qui militent fortement en faveur d'une date hâtive, l'importance de l'aide financière qui résulterait de la compensation fiscale en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux rend difficile le choix d'une date éloignée.

Aussi la Commission a-t-elle cru de son devoir d'analyser, à l'intérieur des limites de son mandat, certains des éléments constitutifs du régime d'assurance-maladie, en vue de présenter certaines avenues susceptibles d'atténuer les difficultés financières, dans l'hypothèse où celles-ci se révéleraient autrement insolubles.

## **ANALYSE DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE**

Les dispositions du régime relatives aux cotisations, à la couverture et au champ d'application sont celles dont l'influence sur le financement du régime est la plus directe et la plus significative. Toutefois, comme les dispositions relatives à la couverture et au champ d'application sont celles qui conditionnent, dans une très large mesure, la nature du régime, toute limitation de ces dispositions par rapport à celles recommandées au chapitre III entraîne par le fait même une diminution de la portée du régime.

### **LES COTISATIONS**

La Commission désire rappeler qu'elle n'a pas formulé de recommandations précises quant au pourcentage et au montant maximum de l'impôt d'assurance-maladie; elle n'a présenté qu'un

exemple, qu'elle croit réaliste, savoir un impôt d'assurance-maladie égal à 1 pour cent du revenu imposable du particulier n'excédant pas une limite maximale de \$15,000.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'établissement du régime d'assurance-maladie n'augmentera que très peu les dépenses réelles. Le régime occasionnera plutôt un changement des mécanismes de financement ou de paiement des soins et des services couverts. Par conséquent, si la chose devenait nécessaire, il y aurait certainement lieu d'examiner la possibilité de hausser le taux de l'impôt d'assurance-maladie. Ainsi, si le taux était porté à 1.5 pour cent et la cotisation maximale à \$175 par année, le rendement de l'impôt d'assurance-maladie passerait de \$35 millions à \$52 millions en 1968.

TABLEAU XX

**Estimation du rendement d'un impôt  
d'assurance-maladie de 1½ pour cent, Québec, 1968**

<i>Catégorie de revenu \$</i>	<i>Impôt d'assurance- maladie \$</i>	<i>Nombre de cotisants<sup>1</sup> (000)</i>	<i>Rendement de l'impôt d'assurance- maladie (\$000,000)</i>	<i>Rendement cumulatif de l'impôt d'assurance- maladie (\$000,000)</i>
4,000- 5,000	33.75	306	10.3	10.3
5,000- 6,000	44.55	227	10.1	20.4
6,000- 7,000	56.25	140	7.9	28.3
7,000- 8,000	72.75	72	5.2	33.5
8,000- 9,000	81.15	49	4.0	37.5
9,000-10,000	97.95	28	2.7	40.2
10,000-15,000	135.30	48	6.5	46.7
15,000 et plus	175.00	28.1	4.9	51.6

1. Cette estimation est basée sur les données des statistiques fiscales de 1965, ministère du Revenu national, Division de l'impôt, *Statistiques fiscales*, édition 1965.

Le coût estimatif de \$231.2 millions du régime universel d'assurance-maladie pour 1968 serait donc réparti à raison de \$52.6 millions à partir de l'impôt d'assurance-maladie et de \$179.6 millions à partir des revenus généraux du gouvernement du Québec. Compte tenu de la compensation fiscale au montant estimatif de \$105.4 millions<sup>1</sup> qui tiendrait lieu de remboursement en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux, la contribution du gouvernement du Québec, à même ses revenus généraux, passerait de \$90.6 millions à \$74.2 millions<sup>2</sup>.

1. Voir tableau XXIV.

2. Voir chapitre III, section 4, « Le financement et le coût », p. 92.

## LA COUVERTURE

Selon les recommandations de la Commission, le régime universel d'assurance-maladie couvrirait initialement les soins médicaux et les médicaments prescrits dans les cas de maladies chroniques ou de longue durée. Quand on considère la gamme des soins et des services éventuellement couverts dans le cadre de l'extension de la couverture du régime, on ne peut s'empêcher de constater que la couverture initiale recommandée constitue, à toutes fins, un minimum.

Toutefois, s'il devenait nécessaire de restreindre encore davantage l'étendue de cette couverture pour faciliter la solution des problèmes financiers que suscitera l'établissement du régime, cet élément offre une possibilité, de l'avis de la Commission. Comme il serait inopportun d'exclure de la couverture certains types de soins médicaux, il pourrait, par contre, être possible de ne pas comprendre dans la couverture initiale du régime les médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée. La Commission a estimé que le coût de cette couverture se situerait entre \$10 et \$20 millions par année.

Il s'agit ici d'une possibilité à laquelle on ne devrait avoir recours, selon la Commission, qu'en tout dernier lieu. En effet, la couverture des médicaments prescrits pour les maladies chroniques ou de longue durée revêt un caractère prioritaire pour plusieurs raisons. Parmi celles-ci, rappelons que l'administration de cette couverture permettra à l'organisme chargé d'administrer le régime d'acquérir l'expérience nécessaire avant que la couverture ne s'applique à l'ensemble des médicaments prescrits. En outre, l'expérience encore récente de la mise en vigueur du régime d'assistance médicale a démontré que la couverture des médicaments prescrits ne saurait trop tarder à suivre celle des soins médicaux.

## LE CHAMP D'APPLICATION

La Commission a établi précédemment que le premier objectif de l'assurance-maladie consiste à permettre à toute personne de recevoir les soins nécessaires sans égard à son âge, à son état de santé et à ses ressources financières. Cet objectif de l'assurance-maladie ne requiert pas en soi l'universalité du champ d'application. C'est plutôt la poursuite de l'ensemble des objectifs sociaux de l'assurance-maladie qui exige l'universalité.

La poursuite du premier objectif au moyen de dispositions transitoires portant sur un champ d'application limité pourrait donc également constituer un élément de solution au problème financier. Cette possibilité repose toutefois sur l'obtention du gouvernement du Canada d'une compensation fiscale tenant lieu de contribution en

vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux et dont les montants seraient affectés aux investissements dans le secteur de la santé. Elle nécessite également que la poursuite de l'ensemble des objectifs de l'assurance-maladie soit partiellement sacrifiée pendant la durée de la phase transitoire.

De prime abord, il peut sembler que plusieurs choix s'offrent quant aux divers secteurs de la population qui pourraient être compris dans un champ d'application limité. Par exemple, on pourrait songer à ne couvrir que les personnes âgées ou, encore, les enfants au-dessous d'un certain âge. Toutefois, lorsqu'on examine ces diverses catégories, il est évident qu'elles ne comprennent pas uniquement des personnes à faible revenu, c'est-à-dire des personnes dont le niveau de consommation de soins est trop bas. Aussi, la Commission est-elle d'avis que la seule façon rationnelle de restreindre le champ d'application du régime pendant une période de transition consisterait à protéger les assistés sociaux et les personnes à faible revenu.

Cet élément de solution nécessite, plus que tout autre, une analyse détaillée d'un certain nombre de questions qu'on expose dans la section suivante.

#### **LES MODALITÉS D'APPLICATION DU RÉGIME DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE PÉRIODE DE TRANSITION**

Au Québec, sur une population totale de 5,562,000 habitants en 1964, on estimait à 2,446,852 le nombre de personnes qui jouissaient, en vertu de régimes publics ou privés, d'une forme quelconque de protection contre les frais des soins médicaux et des médicaments dispensés à l'extérieur de l'hôpital<sup>1</sup>. Même en l'absence de données précises permettant de déterminer le nombre de personnes assurées qui bénéficient d'une protection complète, c'est-à-dire dont le contrat d'assurance couvre la totalité des risques, nous sommes en mesure d'affirmer qu'il est relativement faible.

Le pourcentage de personnes protégées s'élevait à 43.4 pour cent en 1964 comparativement à 34.8 pour cent en 1955<sup>2</sup>. En supposant que cette tendance continue de se manifester, on peut prévoir qu'en 1968 la proportion de la population ainsi protégée s'élèverait à environ 48 pour cent (soit 2,887,000 personnes sur un total de 6,015,000<sup>3</sup>). À ce nombre, il faut ajouter le nombre estimatif de personnes qui seraient alors protégées par le régime d'assistance-maladie, soit 410,000 au total. Par conséquent, il est raisonnable

1. Source : *Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Services) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, Research and Statistics Division, July 1965, pp. 5-14.

2. *Idem*.

3. Estimation de la population québécoise établie par le Bureau fédéral de la statistique pour le Comité du régime fiscal.

d'estimer qu'en 1968 le nombre total de personnes au Québec protégées partiellement ou totalement contre les frais des soins médicaux et des médicaments à l'extérieur des hôpitaux s'élèvera à 3,297,000, soit à environ 55 pour cent de la population.

Selon une source différente, la proportion de la population protégée en tout ou en partie au Québec à la fin de 1965 contre les frais médicaux se serait élevée à 50.3 pour cent<sup>1</sup>. À partir des données disponibles, on peut déduire que le taux d'augmentation annuelle du nombre des personnes assurées au Québec est de l'ordre de 1 pour cent. Selon cette source, la proportion de la population protégée en 1968 serait donc d'environ 60 pour cent si l'on ajoute alors les bénéficiaires du régime d'assistance-maladie.

En se basant sur ces deux sources de données, on peut conclure que la proportion des personnes qui seront, en totalité ou en partie, protégées en 1968 contre les frais des soins médicaux et des médicaments dispensés à l'extérieur de l'hôpital se situera entre 55 et 60 pour cent de l'ensemble de la population. En d'autres termes, en l'absence de toute intervention gouvernementale, le pourcentage des personnes non protégées en 1968 se situerait entre 40 et 45 pour cent. Un certain nombre de ces individus possèdent évidemment les ressources financières suffisantes pour acquitter leurs frais de maladie sans recourir à l'assurance. D'autre part, une partie des personnes protégées compriment probablement certains postes importants de leur budget personnel ou familial pour payer les cotisations requises ou, encore, désirent une couverture plus complète. En l'absence de données précises sur ces deux groupes, il est impossible d'estimer avec précision leur ordre de grandeur.

#### LE CHAMP D'APPLICATION ET LES COTISATIONS

Les modalités relatives au champ d'application du régime et au paiement des cotisations pendant une période de transition viseraient donc, selon l'objectif établi, à protéger la population non assurée, soit environ 40 à 45 pour cent de la population totale, en plus du groupe des bénéficiaires du régime d'assistance-maladie. Pour atteindre cette fin, la Commission propose les modalités suivantes pour chacun des trois groupes décrits ci-après.

##### **Groupe I**

Le groupe I serait composé :

1. des personnes seules dont le revenu annuel au cours de l'année précédente a été inférieur à \$2,000;

---

1. Survey of Voluntary Health Insurance in Canada, Canadian Conference on Health Care, Toronto, document polycopié, p. 5.

2. des personnes mariées, ainsi que de leur conjoint et de leurs enfants à charge, dont le revenu annuel au cours de l'année précédente a été inférieur à \$4,000; et
3. des enfants protégés par les lois de l'assistance publique et de la protection de la jeunesse.

Les personnes du groupe I ne paieraient aucune cotisation; pour être protégées, elles n'auraient qu'à s'inscrire à l'assurance-maladie et à obtenir un numéro d'assurance sociale ou un numéro d'assignation du ministère de la Famille et du Bien-être social, si un tel numéro ne leur a pas déjà été attribué. Le gouvernement du Québec serait tenu de payer à l'organisme chargé de l'administration du régime la cotisation entière pour chacune des personnes de ce groupe. Le pourcentage de personnes qui seraient ainsi protégées s'élèverait à environ 37 pour cent de la population.

### **Groupe II**

Le groupe II serait composé :

1. des personnes seules dont le revenu annuel au cours de l'année précédente s'est situé entre \$2,000 et \$2,500; et
2. des personnes mariées, ainsi que de leur conjoint et de leurs enfants à charge, dont le revenu annuel au cours de l'année précédente s'est situé entre \$4,000 et \$4,500.

Les personnes de ce groupe pourraient adhérer facultativement au régime sans aucune restriction quant à leur âge ou à leur état de santé. Pour adhérer, elles n'auraient qu'à s'inscrire, à obtenir un numéro d'assurance sociale et à verser la cotisation requise. Toutefois, conformément aux principes déjà énoncés relativement au financement de l'assurance-maladie, le montant des cotisations devrait être proportionné aux ressources financières des individus et des familles. La Commission croit que les personnes de ce groupe devraient être tenues de payer seulement une partie de la cotisation régulière et que le gouvernement du Québec devrait payer le solde.

Selon les estimations établies par la Commission, le nombre de personnes de ce groupe qui pourraient adhérer facultativement au régime représenterait 7.5 pour cent de la population.

### **Groupe III**

Le groupe III serait composé de toutes les autres personnes. Elles pourraient adhérer facultativement au régime sans aucune restriction quant à leur âge ou à leur état de santé. Les formalités d'adhésion seraient les mêmes que pour le groupe II, sauf que ces personnes seraient tenues de verser le plein montant de la cotisation régulière.

Pour la durée d'une période de transition, la Commission suggère, comme cotisations, les montants indiqués au tableau XXI pour chacun des trois groupes.

TABLEAU XXI

**Montant des cotisations annuelles pendant la période de transition**

<i>Revenu annuel</i> \$	<i>Personne seule</i> \$	<i>Famille de 2 personnes</i> \$	<i>Famille de 3 personnes ou plus</i> \$
Moins de 2,000 . . . . .	---	---	---
Entre 2,000 et 2,500 . . .	25	---	---
Entre 2,500 et 4,000 . . .	55	---	---
Entre 4,000 et 4,500 . . .	55	55	40
4,500 et plus . . . . .	55	110	140

Le gouvernement du Québec verserait donc, pour chaque famille ou assuré, à l'organisme chargé de l'administration du régime, les montants de subsides indiqués au tableau XXII.

TABLEAU XXII

**Montant des subsides annuels payables par le gouvernement  
du Québec pendant la période de transition**

<i>Revenu annuel</i> \$	<i>Personne seule</i> \$	<i>Famille de 2 personnes</i> \$	<i>Famille de 3 personnes ou plus</i> \$
Moins de 2,000 . . . . .	55	110	140
Entre 2,000 et 2,500 . . .	30	110	140
Entre 2,500 et 4,000 . . .	---	110	140
Entre 4,000 et 4,500 . . .	---	55	100
4,500 et plus . . . . .	---	---	---

Dans l'hypothèse fort plausible où toutes les personnes des groupes I et II adhéreraient au régime, la partie de la population protégée par le régime atteindrait environ 44.5 pour cent. À ce pourcentage, il faudrait ajouter celui que représenteraient les personnes qui, tout en étant tenues de payer la pleine cotisation, adhéreraient quand même au régime; pratiquement, il est impossible de déterminer avec exactitude quel pourrait être ce pourcentage.

Des systèmes analogues sont en vigueur en Ontario et en Colombie-Britannique. Les formalités d'adhésion et de la détermination du montant des cotisations requises ont été réduites à leur plus simple expression afin de les différencier de celles qui sont utilisées pour l'obtention de l'assistance sociale.



## LES AUTRES MODALITÉS

À l'exception des modalités particulières relatives au champ d'application et aux cotisations, aucune autre modification d'importance ne changerait les modalités du régime universel recommandé au chapitre III. Relativement aux dispositions du régime pendant une telle période de transition, la Commission tient à préciser les points suivants :

1. la couverture initiale s'appliquerait;
2. aucun empêchement majeur ne s'opposerait à ce que certaines étapes de l'extension de la couverture soient franchies au cours de la période de transition, bien qu'il en résulterait probablement certaines difficultés;
3. compte tenu de l'objectif de l'assurance-maladie pendant la période de transition, l'adhésion au régime de groupes de personnes comme tels ne devrait être permise;
4. les personnes protégées par le régime ne devraient pas pouvoir s'assurer contre les mêmes risques auprès de sociétés d'assurance privées; et
5. aucune modification aux recommandations de la Commission relatives au régime d'assistance-maladie ne serait nécessaire.

### LE COÛT DU RÉGIME PENDANT UNE PÉRIODE DE TRANSITION

Le montant des cotisations individuelles et familiales pour la phase transitoire a été établi à un niveau suffisant pour couvrir les frais des prestations et de l'administration<sup>1</sup>. Il tient compte en outre d'une plus grande concentration de risques tarés que pour l'ensemble de la population.

La partie du coût du régime à la charge de l'État serait composée de deux éléments au cours de la période de transition :

1. du montant total des cotisations ou des parties de cotisations que le gouvernement verserait à l'organisme administratif du régime pour les personnes assurées dont les revenus se situent au-dessous des limites prescrites, et
2. de tout excédent des frais de prestations et d'administration sur les coûts estimatifs.

La Commission a évalué à \$108 millions la partie du coût du régime qu'assumerait le gouvernement du Québec en 1968, en supposant que toutes les personnes admissibles à un subside total ou partiel y adhéreraient. En l'absence de données additionnelles, il s'agit là

---

1. Les frais d'administration ont été fixés à 5 pour cent des prestations dans les prévisions de coût puisque, selon la Commission, ils s'établiraient approximativement au même niveau que dans un régime dont le champ d'application serait universel.

d'une estimation de coût maximum, puisque l'adhésion de personnes tenues de payer la pleine cotisation ne modifierait point la partie du coût assumée par le gouvernement. Signalons de nouveau qu'une partie de ce coût est déjà assumée par le gouvernement en vertu du régime d'assistance médicale.

Le montant total des cotisations que verseraient les personnes du groupe II, si elles adhéraient toutes au régime, serait de l'ordre de \$7 millions en 1968.

### **LES EFFETS FINANCIERS D'UNE PÉRIODE DE TRANSITION**

Si le régime universel d'assurance-maladie était mis en application le 1er juillet 1968, la contribution du gouvernement du Canada en vertu de la Loi sur les soins médicaux apporterait au financement du régime approximativement 105 millions de dollars<sup>1</sup> et le solde, soit \$120 millions, proviendrait en partie des cotisations des individus et des familles, et en partie des revenus généraux du gouvernement du Québec. En outre, le gouvernement du Québec aurait à financer le développement des effectifs, des installations, de l'équipement et de l'ensemble des services de santé.

Par contre, selon les modalités d'application propres à la période de transition, l'assurance-maladie serait financée en partie par des cotisations, au montant de \$7 millions au cours de la première année, et en partie, soit \$108 millions, au moyen des revenus généraux du gouvernement du Québec. La compensation fiscale de \$105 millions au cours de la première année en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux procurerait alors au gouvernement les fonds additionnels dont il aurait besoin pour les investissements dans le secteur de la santé.

Les tableaux XXII et XXIII font ressortir, pour l'année 1968, la différence dans l'augmentation des dépenses publiques au niveau du gouvernement du Québec au titre du régime d'assurance-maladie et des investissements de « rattrapage » dans le secteur de la santé, selon qu'un régime universel est établi en 1968 ou qu'il est établi suivant des dispositions transitoires. Au tableau XXIII, nous avons posé l'hypothèse que les investissements nécessaires à la solution des problèmes accumulés s'effectueraient au rythme de \$50 millions au cours de l'année. Au tableau XXIV, le montant de l'équivalence fiscale de \$105.4 millions est versé dans une caisse spéciale d'investissement pour être utilisé selon un rythme de déboursés conditionné par la nature des projets mis en œuvre.

---

1. Voir tableau XXV, p. 271.

### TABLEAU XXIII

#### Augmentation des dépenses publiques au niveau du gouvernement du Québec, au titre d'un régime universel d'assurance-maladie et des investissements dans le secteur de la santé, 1968 <sup>1</sup>

<i>a) Dépenses publiques au niveau du Québec</i>	
Coût du régime d'assurance-maladie . . . . .	231.2
Investissements — secteur de la santé . . . . .	50.0
	<u>281.2</u>
Équivalence fiscale — Loi fédérale sur les soins médicaux . . . . .	<u>105.4</u>
Dépenses publiques nettes au niveau du Québec . . . . .	<u>175.8</u>
<i>b) Financement au niveau du Québec</i>	
Impôt d'assurance-maladie . . . . .	35.2
Revenus généraux de la fiscalité . . . . .	140.6
<i>Total</i> . . . . .	<u>175.8</u>

### TABLEAU XXIV

#### Augmentation des dépenses publiques au niveau du gouvernement du Québec, au titre d'un régime transitoire d'assurance-maladie et des investissements dans le secteur de la santé <sup>1</sup>

<i>a) Dépenses publiques au niveau du Québec</i>	
Coût du régime d'assurance-maladie . . . . .	115.0
Investissements — secteur de la santé . . . . .	105.4
	<u>220.4</u>
Équivalence fiscale — Loi fédérale sur les soins médicaux . . . . .	<u>105.4</u>
Dépenses publiques nettes au niveau du Québec . . . . .	<u>115.0</u>
<i>b) Financement au niveau du Québec</i>	
Cotisations au régime d'assurance-maladie . . . . .	7.0
Revenus généraux de la fiscalité . . . . .	108.0
<i>Total</i> . . . . .	<u>115.0</u>

1. Tous les montants sont indiqués en millions de dollars.

Les tableaux XXIII et XXIV permettent de constater que les dépenses publiques au niveau du gouvernement du Québec augmenteraient de \$175.8 millions en 1968, dans l'hypothèse de l'établissement d'un régime universel d'assurance-maladie et d'une allocation de \$50 millions aux fins des investissements. Par contre, ces dépenses n'augmenteraient que de \$115 millions dans l'hypothèse de l'établissement d'un régime transitoire alors que les ressources financières allouées aux investissements seraient de \$105.4 millions.

Comme la très grande majorité de la population du Québec serait assurée pendant la période de transition et que les personnes assurées auprès des sociétés privées paieraient le coût de leur propre protection en plus de contribuer indirectement par leurs taxes et leurs impôts au financement du régime québécois et aux remboursements versés par le gouvernement du Canada aux provinces participantes en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux, il semblerait inéquitable d'imposer à ces mêmes personnes le fardeau additionnel qui résulterait d'un accroissement marqué des dépenses publiques dans les autres secteurs de la santé, lesquelles sont absolument nécessaires pour assurer l'efficacité même des régimes de soins. C'est pourquoi l'obtention d'une compensation fiscale, qui tiendrait lieu de contribution en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux et dont les montants seraient alloués aux investissements dans le secteur de la santé, apparaît, en l'occurrence, comme une réponse possible au problème. Cette solution est d'autant plus rationnelle que les ressources financières que le gouvernement du Canada a décidé d'allouer au secteur de l'assurance-maladie seraient utilisées précisément pour assurer le fonctionnement équilibré des divers secteurs de la santé et, en conséquence, l'efficacité du régime d'assurance-maladie.

#### **LA DURÉE D'UNE PÉRIODE DE TRANSITION**

L'analyse qui précède démontre que la limitation du champ d'application pendant une période transitoire ne peut constituer un élément de solution du problème financier soulevé par l'instauration d'un régime d'assurance-maladie que dans la mesure où elle s'accompagne de l'obtention d'une compensation fiscale qui tient lieu de contribution en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux. Si le gouvernement juge opportun d'opter pour cette avenue, dans l'établissement de l'assurance-maladie, la durée d'une période de transition dépendra, d'une part, des montants de la compensation et, d'autre part, du montant global des investissements à effectuer. Il n'appartient évidemment pas à la Commission d'évaluer le second membre de l'équation.

Quant au montant de la compensation fiscale, il devrait, selon la Commission, être fixé d'après la formule qui servira à déterminer

les montants des contributions aux provinces participantes en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux. En l'absence de données plus précises, nous avons supposé, pour établir nos estimations, que le coût par tête des soins médicaux couverts serait, au Québec, dans l'hypothèse d'un régime universel, à peu près le même que celui des provinces participantes.

TABLEAU XXV

Estimation du montant de la compensation fiscale en vertu de la  
Loi fédérale sur les soins médicaux, Québec, 1968-1971

<i>Année</i>	<i>Coût par tête des soins médicaux <sup>1</sup></i> \$	<i>Population <sup>2</sup></i> (000)	<i>Coût total</i> (\$000,000)	<i>Compensation fiscale</i> (\$000,000)
1968 . . . . .	35.03	6,015	210.7	105.4
1969 . . . . .	36.50	6,132	223.8	111.9
1970 . . . . .	37.84	6,256	236.7	118.4
1971 . . . . .	39.20	6,385	250.3	125.3

1. À l'exclusion des frais d'administration, du coût des soins des psychiatres et de la composante professionnelle des examens de laboratoire et de radiologie.
2. Estimations établies par le Bureau fédéral de la statistique pour le comité du régime fiscal.

Ainsi, selon les données du tableau XXV, si le gouvernement du Québec devait consacrer aux investissements environ \$200 millions obtenus par la compensation fiscale, la durée de la période de transition serait de deux ans.

#### LA CAISSE SPÉCIALE D'INVESTISSEMENT

La limitation du champ d'application du nouveau régime pendant une certaine période exigerait, même avec l'obtention d'une compensation fiscale, un effort social accru d'une partie importante de la population québécoise. Pour cette raison, il serait nécessaire que les montants obtenus grâce à la compensation fiscale soient effectivement utilisés aux fins pour lesquelles un tel effort serait exigé. Aussi, la Commission croit-elle que les montants de la compensation fiscale devraient être versés dans une caisse spéciale d'investissement, établie par une législation appropriée et placée sous l'autorité directe du ministre de la Santé. Ceci permettrait de mieux planifier le développement de l'équipement nécessaire dans les divers secteurs de la santé et de répartir l'utilisation des ressources sur une période plus longue que la période de transition.

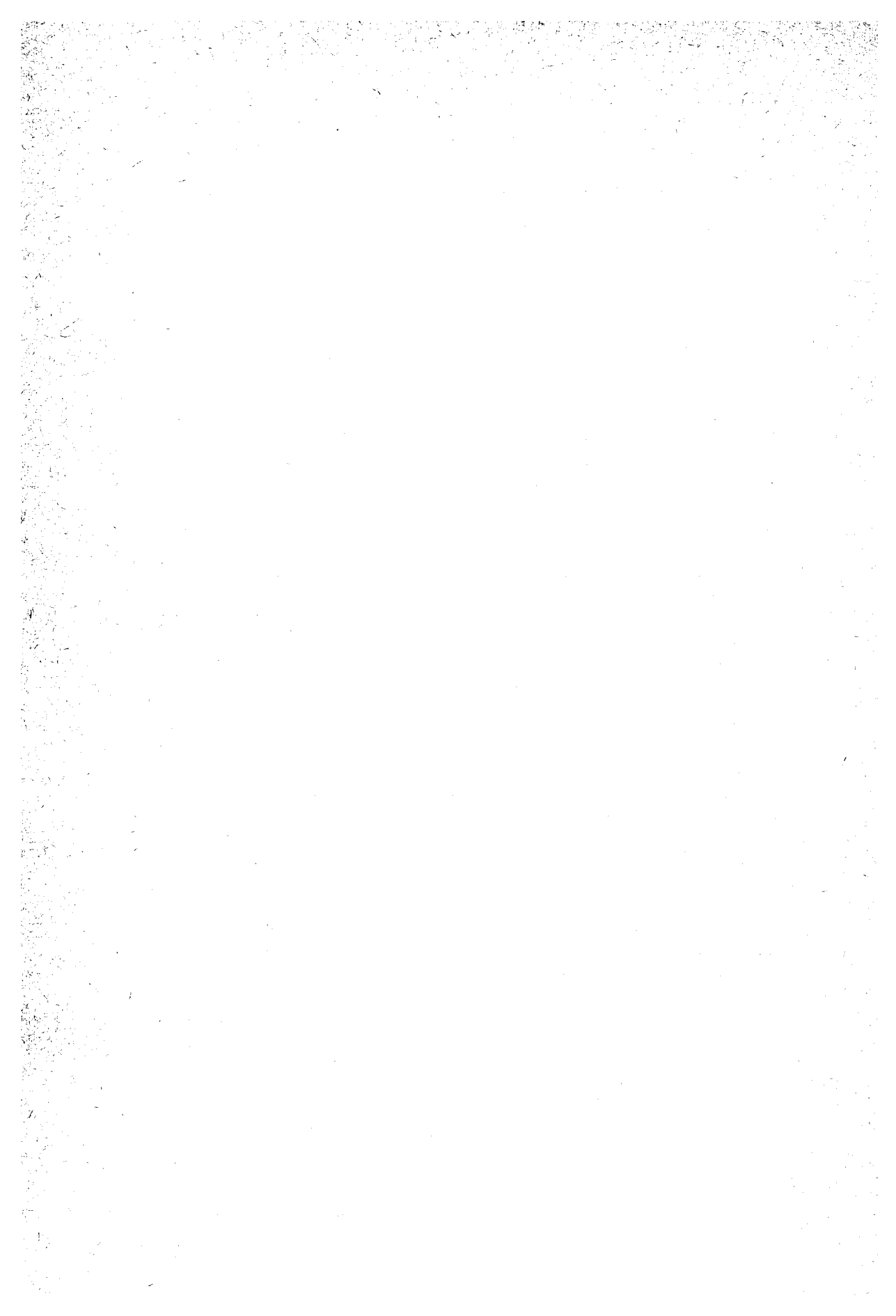
La Commission désire souligner en outre que l'utilisation de cette caisse à des fins strictes d'investissement n'empêcherait pas

une allocation plus grande de ressources à divers autres secteurs. Dans la mesure où cette caisse remplacerait les montants qui devraient autrement servir aux investissements, dans la même mesure ces montants pourraient au besoin être alloués à ces autres secteurs.

Enfin, la Commission est d'avis que, dans l'hypothèse où il y aurait une phase transitoire, la logique même de la solution soumise exigerait que la loi concernant le nouveau régime d'assurance-maladie précise la durée de la période de transition. Une telle disposition dans la loi contribuerait à rétablir plus rapidement l'équilibre entre les divers secteurs de la santé. D'autre part, toute prolongation induite de la période de transition retarderait la réalisation des objectifs majeurs du régime, à savoir les objectifs économiques et sociaux.

## Appendices

---





## **La situation actuelle des régimes privés d'assurance-maladie au Québec<sup>1</sup>**

### HISTORIQUE

Avant 1940, dans la province de Québec, l'activité des assureurs dans le domaine des frais médicaux était à peu près nulle. Lorsque ces frais étaient couverts, c'était le plus souvent en vertu de clauses secondaires de polices d'assurance générale ayant trait aux accidents d'automobile, à la responsabilité civile et à d'autres risques.

C'est au cours des années 1940 que commença vraiment l'assurance-maladie. La *Quebec Hospital Service Association* (Croix Bleue), qui fut fondée en 1942, offrait à ses débuts une protection contre les frais d'hospitalisation seulement. En 1946, une autre société québécoise, les Services de Santé du Québec, fut mise sur pied et offrit une protection contre les frais d'hospitalisation et aussi contre les frais médicaux et chirurgicaux encourus à l'hôpital, au cabinet du médecin ou à domicile.

Un bon nombre de compagnies d'assurance-vie commencèrent à cette époque à offrir des contrats, surtout collectifs mais aussi individuels, d'assurance-maladie. Jusqu'à nos jours, le volume d'affaires en ce domaine s'est accru constamment d'année en année.

Les statistiques à notre disposition, concernant les primes et les prestations, ne nous permettent pas d'établir une distinction entre, d'une part, les frais médicaux et, d'autre part, les autres risques inhérents à la maladie ou aux accidents comme la perte de revenu, la perte de membre, le décès accidentel, l'invalidité temporaire ou permanente, les frais hospitaliers. Pour cette raison, il est difficile de mesurer isolément l'expansion de l'assurance contre les frais médicaux. Néanmoins, le tableau XXVI, qui nous fait constater l'essor rapide et considérable qu'a connu l'assurance accident-maladie dans la province, nous permet de supposer que l'assurance contre les frais médicaux a suivi la même tendance. Nous savons toutefois qu'en 1964 le montant des primes d'assurance contre les frais médicaux

1. Dans le présent appendice, la Commission reprend la plupart des données et des explications contenues au chapitre I du volume II du Premier rapport du Comité de recherches sur l'assurance-santé, janvier 1966. Quant aux régimes publics d'assurance-maladie, tels que les régimes de soins hospitaliers et d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la Commission en traite quelque peu au chapitre III du présent rapport, et se propose d'en traiter de façon plus complète dans un rapport ultérieur. Les organismes bénévoles qui oeuvrent dans les domaines de la santé et du bien-être feront également l'objet d'un rapport ultérieur.

s'élevait à \$56,814,052<sup>1</sup>, soit plus de la moitié de toutes les primes d'assurance accident-maladie payées dans la province. D'après le tableau XXVI, on peut voir qu'en 25 ans le volume des primes souscrites pour l'assurance accident-maladie s'est multiplié 47 fois.

TABLEAU XXVI

**Assurance accident-maladie**

*(Primes perçues et prestations versées par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels, pour les années 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1964 et 1965, province de Québec)*

Année	Primes perçues	Prestations versées	Prestations versées
	\$	\$	%
1940 . . . . .	2,628,763	1,507,544	57.3
1945 . . . . .	6,637,676	3,979,784	59.9
1950 . . . . .	21,500,452	16,253,034	75.6
1955 . . . . .	51,060,903	40,057,171	78.4
1960 . . . . .	98,632,853	85,105,286	86.3
1964 . . . . .	105,490,797	86,311,501	81.8
1965 . . . . .	123,898,236	101,991,396	82.2

Source : Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

LE CHAMP D'APPLICATION

Le nombre de personnes assurées contre les frais médicaux dans la province de Québec s'est accru constamment d'année en année depuis vingt ans. En 1964, on estimait à 2,393,550 le nombre de personnes assurées par des régimes privés comparativement à 1,570,085 en 1955, à 1,781,935 en 1958 et à 2,110,101 en 1961<sup>2</sup>. De 1955 à 1964, la population assurée a augmenté de 52.4 pour cent; de 1961 à 1964, cette augmentation a été de 13.4 pour cent<sup>3</sup>. C'est une augmentation considérable, mais une vue plus réaliste de la situation exige que nous considérions la proportion de la population protégée par des régimes privés. Il sera alors possible de connaître globalement le degré de protection contre la maladie dont les résidents de la province bénéficient et de voir comment ces derniers se comparent de ce point de vue avec les autres Canadiens. En 1955, 34.8 pour cent de la population était protégée en vertu d'un régime privée; en 1964, ce pourcentage atteignait 43.1 pour cent (voir tableau XXVII).

1. Voir le tableau XXXII.

2. Voir le tableau XXXI.

3. Dans son mémoire à la Commission, le 31 mars 1967, p. 5, l'Association canadienne d'Assurance-santé a signalé qu'une étude de l'assurance-maladie privée au Canada, par la Conférence canadienne sur la Santé, révèle qu'au 31 décembre 1965 il y avait 2,804,000 résidents du Québec protégés par un genre quelconque d'assurance privée contre le coût des soins médicaux.

Même si, au cours des dernières années, la proportion de la population assurée a augmenté de façon significative, il demeure que moins de la moitié de la population est protégée en vertu de régimes privés. Si nous comparons le champ d'application du Québec avec celui des autres provinces (tableau XXVII <sup>1</sup>), nous constatons que la province de Québec, en 1961, se trouve au cinquième rang, précédée de l'Ontario et de toutes les provinces de l'Ouest. En 1964, elle se trouve au sixième rang, précédée de ces mêmes provinces ainsi que du Nouveau-Brunswick. En Nouvelle-Écosse, la proportion de la population assurée en vertu des régimes privés est sensiblement la même que celle du Québec, soit 42.6 pour cent, et seules l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve ont des pourcentages nettement inférieurs à celui du Québec.

TABLEAU XXVII

Pourcentage de la population assurée en vertu de régimes privés par province, pour la période 1955-1964 <sup>1</sup>

Province	1955	Rang <sup>2</sup>	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1964	Rang <sup>2</sup>
Terre-Neuve . . . . .	9.7	9	10.8	13.9	12.6	10.7	13.0	14.9	16.3	9
Île-du-Prince-Édouard . . .	16.6	8	17.0	19.5	19.8	22.0	24.9	23.6	32.1	8
Nouvelle-Écosse . . . . .	22.8	7	25.6	28.6	30.6	34.1	35.3	34.4	42.6	7
Nouveau-Brunswick . . . .	29.0	5	30.7	34.0	33.2	34.9	37.1	38.0	51.7	5
Québec . . . . .	34.8	3	37.1	39.4	36.3	41.3	42.8	40.1	43.1	6
Ontario . . . . .	51.0	1	54.9	57.1	54.2	57.7	60.5	57.1	70.9	1
Manitoba . . . . .	34.7	4	36.9	42.0	42.4	45.6	48.9	49.7	60.4	3
Saskatchewan . . . . .	22.4	-	26.4	30.0	34.8	37.1	37.8	37.2	-	-
Alberta . . . . .	27.7	6	31.5	38.2	41.7	46.0	48.4	49.2	59.3	4
Colombie-Britannique . . .	36.5	2	44.7	49.9	50.3	52.5	55.5	54.7	63.4	2

Sources : *Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961*. Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, mai 1963, (Série des soins de santé, Mémoire No 17), pp. 80, 84 et 85.

*Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, Research and Statistics Division, July 1965, p. 9.

1. Les données pour 1962 et 1963 ne sont pas disponibles.
2. Pour les années 1955 et 1964, nous avons accordé un rang à chaque province, à l'exclusion de la Saskatchewan, qui a établi en 1962 un régime public et universel.

L'examen plus attentif du changement survenu dans la proportion de la population assurée de chaque province entre 1955 et 1964

1. Au tableau XXVII, les données pour la Saskatchewan sont inscrites mais, dans la comparaison, nous n'en tenons pas compte puisqu'il existe maintenant un régime public universel d'assurance-maladie.

révèle des aspects intéressants. Les provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve occupaient en 1964 le même rang qu'en 1955. Parmi les provinces dont la position relative a sensiblement changé, nous remarquons qu'en 1964 l'Alberta occupait le quatrième rang, alors qu'en 1955 elle se classait sixième.

Pour sa part, le Québec, qui en 1955 se plaçait au troisième rang, occupait en 1964 le sixième rang. À l'aide de ces données, nous pouvons affirmer que le Québec, du point de vue du champ d'application, a subi une détérioration par rapport aux autres provinces, et que la proportion de personnes assurées au Québec (et en Nouvelle-Écosse) atteint moins de 50 pour cent et demeure inférieure à celle des autres provinces canadiennes, si l'on exclut l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve, provinces avec lesquelles la comparaison se soutient assez mal.

Le dernier aspect qu'il est important de souligner est la portion du marché que les assureurs dans le domaine de l'assurance privée contre les frais médicaux ont réussi à s'approprier. Dans chaque province, le nombre de personnes protégées par des régimes publics varie, de sorte que, lorsque nous y mettons en regard le nombre de personnes assurées en vertu de régimes privés et celui de la population totale (voir tableau XXVII), la comparaison est quelque peu boiteuse. Si, au lieu de considérer la population totale, on exclut de ce nombre les personnes protégées par des régimes publics, et que l'on établit une nouvelle proportion, cette fois entre le nombre de personnes protégées par des régimes privés et le nombre de personnes susceptibles d'être protégées par les régimes privés, l'équilibre se fait. Les résultats de ce calcul sont présentés au tableau XXVIII. Nous constatons que l'emprise des assureurs privés est assez variable. Cette emprise est forte dans la province de l'Ontario, qui vient au premier rang. Suivent la Colombie-Britannique, Terre-Neuve, le Manitoba, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick. Dans toutes ces provinces, cette proportion s'élève à plus de 50 pour cent. Québec se classe au huitième rang, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard occupe le dernier rang.

#### LA COUVERTURE

La seule considération de la proportion de la population assurée en vertu de régimes privés donne une image incomplète de la situation, si on ne fait pas entrer en ligne de compte la couverture, c'est-à-dire la gamme et l'étendue des soins assurés.

Au tableau XXIX, la Commission a réparti, pour neuf provinces canadiennes, le nombre des assurés selon l'étendue de la couverture. Dans le contexte de l'assurance privée, par régime complet, on entend

TABLEAU XXVIII

Proportion des personnes assurées par des régimes privés par rapport au nombre total de personnes susceptibles d'être assurées par ces mêmes régimes, par province, 1964

Province	Population totale (000)	Personnes assurées		Marché possible pour les régimes privés <sup>1</sup>	Pourcentage assuré <sup>2</sup>	Rang
		Régimes privés	Régimes publics			
Terre-Neuve . . . . .	491	80,006	372,284	118,716	67.3	3
Île-du-Prince-Édouard . . . . .	107	34,318	4,179	102,821	33.3	9
Nouvelle-Écosse . . . . .	762	324,611	46,836	715,164	45.3	7
Nouveau-Brunswick . . . . .	617	319,193	17,689	599,311	53.2	6
Québec . . . . .	5,562	2,393,550	53,302	5,508,698	43.4	8
Ontario . . . . .	6,586	4,670,465	329,566	6,256,434	74.6	1
Manitoba . . . . .	958	578,406	66,673	891,327	64.8	4
Alberta . . . . .	1,432	849,184	100,502	1,331,498	63.7	5
Colombie-Britannique . . . . .	1,738	1,102,074	148,118	1,589,882	69.3	2

Source : *Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*, op. cit., pp. 5-14.

1. Différence entre la population totale et le nombre de personnes assurées en vertu de régimes publics.
2. Proportion des personnes assurées en vertu des régimes privés par rapport au marché possible pour les régimes privés.

TABLEAU XXIX

Nombre et distribution procentuelle des personnes assurées en vertu de régimes privés, selon la couverture, par province, 1964

Province	Protection limitée		Protection complète			Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Rang	Nombre	%
Terre-Neuve . . . . .	16,947	19.6	69,085	80.3	5	86,032	100.0
Île-du-Prince-Édouard . . . . .	11,626	32.4	24,233	67.5	7	35,859	100.0
Nouvelle-Écosse . . . . .	66,208	19.2	278,215	80.7	4	344,423	100.0
Nouveau-Brunswick . . . . .	117,855	34.4	223,990	65.5	8	341,845	100.0
Québec . . . . .	1,499,713	59.2	1,033,536	40.7	9	2,533,249	100.0
Ontario . . . . .	1,099,238	21.1	4,109,996	78.8	6	5,209,234	100.0
Manitoba . . . . .	50,220	8.3	553,551	91.6	3	603,771	100.0
Alberta . . . . .	30,600	3.3	884,073	96.6	1	914,673	100.0
Colombie-Britannique . . . . .	49,648	4.2	1,117,498	95.7	2	1,167,146	100.0

Source : *Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Services) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*, op. cit., pp. 5-14.

habituellement un régime qui couvre la totalité ou presque des soins donnés par les médecins, soit les soins médicaux et chirurgicaux dispensés à l'hôpital, à domicile ou au cabinet de consultation. Le régime limité couvre une partie seulement de l'ensemble des soins médicaux et chirurgicaux, le plus souvent les soins rendus aux patients hospitalisés, et ne couvre habituellement pas les soins médicaux dispensés à domicile ou au cabinet de consultation.

L'examen du tableau XXIX, en ce qui a trait au degré de protection des assurés canadiens, montre que, dans toutes les provinces à l'exception du Québec, il y a une proportion plus importante de personnes protégées par des régimes complets. Au Québec, près de 60 pour cent des personnes assurées le sont en vertu d'un régime limité; à cet égard, Québec se place au dernier rang. Toutefois, les données statistiques dont nous disposons soulèvent quelques difficultés. Au Québec, sur les 821,813 personnes classées dans la catégorie de régimes à commandite médicale (*doctor-sponsored plans*) et de régimes à protection limitée<sup>1</sup>, 438,014 sont en outre protégées par un régime à couverture étendue (*major medical plan*<sup>2</sup>). On peut alors se demander si le fait d'avoir classé ces personnes dans cette catégorie est acceptable, et comment les personnes qui sont dans la même situation dans les autres provinces canadiennes ont été classées. L'absence de renseignements plus précis rend impossible toute modification aux données que nous présentons ici. Nous devons, cependant, tenir compte de cette limitation, car une autre classification donnerait peut-être des résultats différents.

L'étendue de la couverture n'est cependant pas le seul élément qui détermine le degré de protection dont bénéficie le public. En effet, deux régimes peuvent avoir une couverture semblable, c'est-à-dire assurer les mêmes soins, mais il se peut que, dans un cas, cette protection soit totale alors que, dans l'autre, elle implique le paiement d'un montant supplémentaire par l'assuré au moment où il reçoit des soins.

Le fait que, dans toutes les provinces canadiennes, sauf dans le Québec, les divisions provinciales de la *Canadian Medical Association* groupent tous les médecins, a eu une influence considérable sur le genre de régimes offerts à la population. Les médecins étant

---

1. Voir tableau XXXIII.

2. Ce genre de régime couvre tous les soins médicaux et chirurgicaux et même d'autres soins ou services comme les médicaments, les prothèses, l'ambulance, etc. Il a ceci de particulier, cependant, que l'assuré doit payer les premiers frais encourus au cours d'une invalidité (c'est la franchise, qui est habituellement de \$25 ou \$50) et qu'il partage ensuite avec l'assureur (c'est la coassurance) le reste des frais, dans une proportion qui est le plus souvent de 20 pour cent pour l'assuré et de 80 pour cent pour l'assureur. Dans certains cas, ce régime se superpose à un régime de base. Ce genre de régime est relativement nouveau dans le Québec puisqu'il est offert depuis à peu près une dizaine d'années par les assureurs.

tous groupés, il leur était facile de s'entendre et d'organiser des sociétés qu'ils contrôlaient. L'existence de sociétés de ce type rendait possible la signature d'une convention, au sujet du tarif d'honoraires, avec les médecins. Ces mêmes sociétés offraient alors à la population des régimes d'assurance-maladie, appelés régimes conventionnels, qui ont l'avantage d'être complets, assez uniformes et où l'assuré n'a pas de frais supplémentaires à déboursier puisque les médecins sont conventionnés et acceptent le montant versé comme un paiement final. Ces trois avantages expliquent que les Plans Médicaux Trans Canada contrôlent une part importante du marché.

La situation différente au Québec a favorisé le développement de régimes d'indemnisation plutôt que de régimes conventionnels privés. On doit cependant signaler qu'il existe de tels régimes conventionnels dans deux régions de la province et qu'ils protègent des groupes limités. Il existe, en fait, des sociétés membres des Plans Médicaux Trans Canada mais, comme les sociétés commerciales, elles offrent des régimes d'indemnisation qui protègent moins bien l'assuré. En effet, l'assuré qui présente une réclamation reçoit l'indemnité déterminée dans sa police pour les soins qu'il a reçus. Si le médecin a fixé ses honoraires à un niveau supérieur au tarif prévu, l'assuré doit assumer la différence du coût. Devant une telle situation, il n'y a pas autant d'avantages pour le public québécois à souscrire à ces sociétés qu'elles offrent à peu près le même type de régimes que les sociétés commerciales.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la popularité de ces régimes conventionnels qui assuraient en 1964 dans 8 provinces (sauf le Québec et la Saskatchewan) plus de 4,500,000 personnes. En plus de donner pour chaque province le nombre de personnes assurées en vertu de régimes conventionnels, le tableau XXX nous éclaire sur l'importance de cette catégorie de régimes par rapport au nombre total des assurés. Pour l'ensemble des assurés (sauf le Québec et la Saskatchewan), plus de 50 pour cent sont protégés par des régimes conventionnels. À l'exception de Terre-Neuve, où la proportion est de 26 pour cent, les régimes conventionnels couvrent une portion appréciable des assurés. Il faut souligner, en particulier, les provinces du Manitoba et de l'Alberta où les pourcentages respectifs sont de 85.4 et de 70.4.

À cause de l'absence de régimes conventionnels, les régimes commerciaux occupent au Québec une place plus grande que dans la plupart des autres provinces. La concentration de l'industrie de l'assurance-maladie y est beaucoup moins marquée, en ce sens que les affaires sont partagées entre un plus grand nombre d'assureurs dont aucun ne détient une position aussi importante que ceux d'autres provinces, comme celles de l'Ouest, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse.

TABLEAU XXX

Nombre de personnes assurées en vertu de régimes conventionnels privés et proportion de ce nombre par rapport au total des assurés, par province, 1964<sup>1</sup>

Province	Nombre total des assurés	Nombre de personnes protégées par des régimes conventionnels privés <sup>2</sup>	%
Terre-Neuve. . . . .	86,032	22,532	26.1
Île-du-Prince-Édouard . . . . .	35,859	20,059	55.9
Nouvelle-Écosse . . . . .	344,423	208,293	60.4
Nouveau-Brunswick . . . . .	341,845	214,104	62.6
Québec <sup>1</sup> . . . . .	2,533,249	0	0.0
Ontario . . . . .	5,209,234	2,253,417	43.2
Manitoba . . . . .	603,771	516,171	85.4
Alberta . . . . .	914,673	643,773	70.4
Colombie-Britannique . . . . .	1,167,146	694,383	59.4
Total . . . . .	8,702,983	4,572,732	52.5

Source : *Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*, op. cit., pp. 5-14. *Saskatchewan Medical Care Insurance Commission, Annual Report 1964*, Regina, 1965, p. 39.

1. Dans la province de Québec, 1,011,249 personnes sont assurées par des régimes à commandite médicale qui ne sont cependant pas de véritables régimes conventionnels.
2. En Saskatchewan, il existe un régime public et universel. En 1964, ce régime protégeait 825,157 personnes.

#### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

La Commission a cru intéressant de compléter cet exposé par des données complémentaires concernant les personnes assurées en vertu des régimes privés et les opérations financières des sociétés engagées dans ce domaine. Ces renseignements sont présentés en quatre parties.

a) *L'assurance contre les frais médicaux.* — Dans cette première partie, on trouve trois tableaux relatifs à l'assurance contre les frais médicaux seulement. Le premier (XXXI) concerne le nombre de personnes assurées en vertu des régimes à but non lucratif et des régimes commerciaux, dans la province de Québec, pour certaines années comprises entre 1955 et 1964. Le second (XXXII) rapporte le montant des primes perçues et des prestations versées en vertu de ces mêmes régimes et pour les mêmes années. Enfin, le dernier (XXXIII) indique le nombre de personnes assurées, selon le type de régimes et le degré de protection, pour la province de Québec en 1964.



TABLEAU XXXI

## Assurance contre les frais médicaux

(Nombre de personnes protégées par les régimes à but non lucratif et par les régimes commerciaux, province de Québec, 1955, 1958, 1961 et 1964)

Année	Régimes à but non lucratif	Régimes commerciaux	Moins double compte <sup>1</sup>	Total (chiffre net)
1955 . . . . .	660,846	981,000	71,761	1,570,085
1958 . . . . .	744,242	1,122,900	85,207	1,781,935
1961 . . . . .	839,712	1,380,611	110,222	2,110,101
1964 . . . . .	1,011,249	1,522,000	139,699	2,393,550 <sup>2</sup>

Sources : *Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961*, op. cit., pp. 80, 84 et 85.

*Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964*, op. cit., p. 9.

1. Il s'agit du nombre de personnes qui détiennent plus d'une police d'assurance contre les frais médicaux.
2. 43.4 pour cent de la population susceptible d'être assurée; voir tableau XXVIII.

TABLEAU XXXII

## Assurance contre les frais médicaux

(Primes perçues et prestations versées par les régimes à but non lucratif et par les régimes commerciaux, province de Québec, 1955, 1958, 1961 et 1964)

Année	Régimes à but non lucratif			Régimes commerciaux		
	Primes perçues \$	Prestations versées \$	Prestations versées %	Primes perçues \$	Prestations versées \$	Prestations versées %
1955 . .	5,814,117	4,721,876	83.1	n. d. <sup>1</sup>	6,326,900	—
1958 . .	8,095,615	6,616,227	82.6	n. d.	12,299,400	—
1961 . .	15,491,684	12,467,911	80.1	n. d.	20,606,197	—
1964 . .	21,390,052	20,272,966	94.7	35,424,000	28,488,000	80.5

Sources : *Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961*, op. cit., pp. 80, 84 et 85.

*Rapport statistique du Surintendant des assurances de la Province de Québec, Affaires 1964.*

Pour les fins de l'étude, la *Canadian Health Insurance Association*, la *Quebec Hospital Service Association* et les Services de Santé du Québec nous ont directement procuré certaines données.

1. n. d. (non disponible).

TABLEAU XXXIII

## Personnes assurées contre les frais médicaux

(Nombre de personnes assurées selon le type de régimes, le degré de protection, province de Québec, 1964)

Régimes	Personnes assurées			Distribution procentuelle des personnes assurées <sup>1</sup>		
	limitée	Protection complète	Total	limitée	Protection complète	Total
<i>À but non lucratif</i>						
À commandite médicale . . .	821,813	189,436	1,011,249	14.8	3.4	18.2
<i>Commerciaux</i> . . . . .	677,900	844,100	1,522,000	12.2	15.2	27.4
<i>Publics</i> . . . . .	nil	53,302	53,302	nil	1.0	1.0
Anciens combattants . . . . .	nil	6,995	6,995	nil	0.1	0.1
Indiens . . . . .	nil	23,907	23,907	nil	0.4	0.4
Affaires du Nord . . . . .	nil	2,942	2,942	nil	0.1	0.1
Forces armées . . . . .	nil	12,180	12,180	nil	0.2	0.2
Gendarmerie royale . . . . .	nil	512	512	nil	0.0	0.0
Détenus . . . . .	nil	2,212	2,212	nil	0.0	0.0
Marins malades . . . . .	nil	4,554	4,554	nil	0.1	0.1
<i>Total (chiffre brut)</i> . . . .	1,499,713	1,086,383	2,586,551	27.0	19.5	
<i>Moins : double compte</i> . .		-51,824	-139,699	-1.6	-0.9	-2.5
<i>Total (chiffre net)</i> . . . .	1,411,838	1,035,014	2,446,852	25.4	18.6	44.0

Source : *Persons Covered under Medical (i.e. Physicians' Service) Insurance and Out-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964, op. cit., p. 9.*

1. Population totale en 1964 : 5,562,000.

b) *L'assurance accident-maladie.* — Alors que les tableaux des pages précédentes se rapportent exclusivement à l'assurance contre les frais médicaux, ceux de cette seconde partie se rapportent à l'assurance accident-maladie qui, en plus des frais médicaux, couvre les autres risques inhérents à la maladie ou aux accidents, comme la perte de revenu, la perte de membre, les frais hospitaliers, etc.

Les tableaux XXXIV, XXXV et XXXVI indiquent les montants des primes recueillies et des prestations versées par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels.

En ce qui concerne les sociétés de secours mutuels, il est opportun de signaler que presque toutes sont limitées à un nombre très restreint de membres, car elles fonctionnent à l'intérieur d'une entreprise, d'une association, etc. Il n'y en a que trois dont les activités s'étendent à toute la province.

Rappelons que les primes indiquées pour l'assurance accident-maladie ne concernent pas seulement les soins médicaux. Selon des renseignements obtenus de quelques-unes des compagnies et sociétés, il semble que la proportion des primes applicables aux frais médicaux proprement dits par rapport à l'ensemble des primes d'assurance accident-maladie est très variable d'un assureur à l'autre et n'est en aucun cas supérieure à 75 pour cent.

Le tableau XXXVI indique pour 1964 le volume des primes perçues dans la province par les compagnies à fonds social et mutuelles ainsi que par les sociétés de secours mutuels dont le siège social est situé dans la province.

c) *Les frais d'administration.* — On aura remarqué, à l'examen des tableaux XXVI, XXXII et XXXVI, l'écart qui existe entre le montant des primes perçues et celui des prestations versées par les différentes compagnies et sociétés d'assurance. À première vue, cet écart peut, dans certains cas, sembler assez élevé. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que, par la nature même de leur situation en tant qu'organismes œuvrant dans le secteur de l'entreprise privée, ces compagnies et sociétés se trouvent dans une position assez différente de celle d'un organisme public, tel que la Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan. Leur mode de financement doit répondre aux principes de l'entreprise privée et elles ont à encourir des frais d'administration dont les organismes publics sont exempts.

Ainsi, d'une part, il est parfois assez difficile d'isoler les montants retenus pour la couverture des soins médicaux de ceux retenus pour la couverture d'autres types de services ou d'éventualités malheureuses. De plus, il arrive fréquemment qu'une proportion assez forte des montants retenus pour la couverture des soins médicaux se constitue de retours de primes, de dividendes crédités ou, encore, de

TABLEAU XXXIV

## Assurance accident-maladie

(Nombre, primes perçues et prestations versées, compagnies à fonds social et compagnies mutuelles, compagnies dont le siège social est situé dans la province, province de Québec, 1955-1964)

Année	Nombre	Toutes les compagnies			%	Nombre	Compagnies québécoises			% des affaires <sup>2</sup>
		Primes \$	Prestations \$	% <sup>1</sup>			Primes \$	Prestations \$	% <sup>1</sup>	
1955 . . . . .	138	35,788,261	25,379,617	70.9	14	1,922,133	1,407,726	73.2	5.4	
1956 . . . . .	161	41,648,710	31,769,111	76.3	19	2,424,312	1,772,979	73.1	5.8	
1957 . . . . .	163	51,527,884	40,149,875	77.9	20	3,268,578	2,545,981	77.9	6.3	
1958 . . . . .	172	59,223,101	44,998,252	76.0	20	4,325,544	3,411,786	78.9	7.3	
1959 . . . . .	179	63,920,136	49,458,037	77.4	21	6,041,970	4,916,659	81.4	9.4	
1960 . . . . .	185	70,345,979	57,363,155	81.5	23	7,586,463	6,267,646	82.6	10.8	
1961 . . . . .	192	59,794,133	40,464,557	67.7	27	7,219,508	4,927,546	68.3	12.1	
1962 . . . . .	198	63,643,063	43,442,544	68.3	31	8,101,305	6,217,586	76.7	12.7	
1963 . . . . .	207	68,326,466	50,578,750	74.0	34	9,292,620	7,568,457	81.4	13.6	
1964 . . . . .	217	76,802,987	57,099,177	74.3	30	11,485,415	9,300,837	81.0	15.0	

Source : Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

1. Prestations versées par rapport aux primes perçues.

2. Primes perçues par les compagnies dont le siège social est dans la province par rapport aux primes perçues par toutes les compagnies.

TABLEAU XXXV

## Assurance accident-maladie

(Primes perçues et prestations versées par les sociétés de secours mutuels, province de Québec, 1955-1964)

Année	Toutes les sociétés faisant des opérations dans la province de Québec			Sociétés dont le siège social est situé dans la province de Québec		
	Nombre	Primes <sup>1</sup> \$	Prestations \$	Nombre	Primes <sup>1</sup> \$	Prestations \$
1955 . . . . .	67	15,272,645	14,677,554	54	15,085,929	14,475,158
1956 . . . . .	69	16,248,062	16,853,228	53	16,040,735	16,642,381
1957 . . . . .	65	20,848,247	19,226,517	50	20,651,359	19,019,668
1958 . . . . .	66	22,539,107	20,534,358	50	22,353,089	20,330,286
1959 . . . . .	60	25,277,446	24,728,593	44	25,068,758	24,512,454
1960 . . . . .	67	28,286,874	27,742,131	51	28,110,350	27,521,132
1961 . . . . .	64	21,380,580	18,912,402	48	21,157,118	18,770,297
1962 . . . . .	64	23,232,378	20,601,565	49	23,025,611	20,389,782
1963 . . . . .	63	25,073,543	25,376,081	47	24,871,824	25,233,484
1964 . . . . .	60	28,687,810	29,212,324	47	28,508,595	29,091,920

Source : Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

1. En réalité, la somme des primes est plus élevée que la somme indiquée. Cela tient au fait que, d'après la loi, les sociétés de secours mutuels sont tenues de verser une partie (le plus souvent entre 10 et 25 pour cent) des primes à la « caisse générale », qui est utilisée pour défrayer les dépenses d'administration, de vente, etc. Les montants de primes indiqués ne sont donc que la partie des primes attribuées à la « caisse accident-maladie ». Il est donc impossible de donner le rapport réel entre les primes et les prestations.

TABLEAU XXXVI

## Assurance accident-maladie

(Primes perçues et prestations versées par les compagnies à fonds social, les compagnies mutuelles et les sociétés de secours mutuels ayant leur siège social dans la province, province de Québec, 1964)

	Primes \$	Prestations versées \$	Prestations versées %
Compagnies à fonds social . . . . .	4,901,613	3,892,421	79.4
Compagnies mutuelles . . . . .	6,583,802	5,408,416	82.2
Sociétés de secours mutuels . . . . .	32,086,995	29,091,920	90.9
Grand total (77 assureurs) . . . . .	43,572,410	38,392,757	88.1

Source : Rapports annuels du Surintendant des assurances, province de Québec.

sommes venant augmenter la réserve pour la protection des détenteurs de polices d'assurance.

D'autre part, ces compagnies et sociétés ont à encourir des frais d'administration provenant de taxes sur les primes, de frais de vente et de frais d'acquisition, autant de frais auxquels un organisme public, tel que celui recommandé par la Commission au chapitre III pour administrer le régime d'assurance-maladie, n'aura pas à faire face.

d) *La contribution des employeurs.* — La grande majorité des assurés de la province (90.7%) sont protégés par des polices collectives délivrées le plus souvent à des employeurs ou à des associations d'employés groupés dans une même entreprise<sup>1</sup>. La plupart des employeurs contribuent au paiement d'une partie des primes et, parfois, certains la paient même en entier. À partir d'informations obtenues d'assureurs, nous avons évalué à environ \$25,000,000 la contribution globale des employeurs en 1964, soit un peu moins de la moitié de la totalité des primes perçues par l'ensemble des assureurs dans la province.

#### CONCLUSION

En somme, il est évident que, malgré les efforts du secteur privé, les régimes établis par ce secteur ont au Québec un champ d'application assez restreint et offrent une couverture relativement limitée.

Pourtant, sur le plan des frais d'administration, il semble y avoir avantage à étendre le champ d'application et la couverture de ces régimes. En effet, comme l'a récemment souligné I. J. Goffman :

An important operating cost in running an insurance company is that which economists call selling costs. These include commissions, advertising and other marketing costs. Differences in these have much to do with the different degrees of loading of premiums. The *per capita* costs of selling one large group policy differ substantially from the costs of selling identical individual policies to each member of the group, as United States health insurance data point out. In 1958, for example, expenses constituted 51.6% of premium income for individual health policies, but only 9.5% for group policies. Using a different sort of statistic for Canada, one finds similar results. Comparing all voluntary non-profit hospital plans by province, there appears to be some inverse relationship between the extent of coverage and the degree of premium loading. As a fraction of total premiums, administrative costs tend to be smallest where the coverage is greatest. For example, in 1956 administrative expenditures amounted to less than 6% of total premium income in Ontario and Quebec and more than 8% in other provinces. It appears, therefore, that there may be significant economies of scale in the provision of health insurance which would provide a very powerful argument for broadly based schemes, including compulsory ones<sup>2</sup>.

1. Renseignements obtenus de la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
2. I. J. Goffman : *The Public Financing of Health Care Programs in Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada*, Papers in Taxation and Public Finance, No. 1, sponsored by the Canadian Tax Foundation, Toronto, Queen's University, Sept. 1965, chap. 5, pp. 68-69.

## Liste des médicaments susceptibles d'être couverts par le régime dans les cas de maladies chroniques ou de longue durée

1. *Anémie pernicieuse*  
vitamine B-12 injectable
2. *Agammaglobulinémie*  
préparation de gammaglobuline (humaine)
3. *Diabète insipide*  
préparations de vasopressine (ou pitressine, base ou sels)
4. *Diabète sucré*  
a) toutes préparations d'insuline      b) médicaments classés comme hypoglycémifiants oraux
5. *Myxœdème*  
a) extrait thyroïdien      b) lévothyroxine  
c) liothyronine  
(formes seules et non associées)
6. *Maladie d'Addison*  
a) préparations de désoxycortico-      b) préparations de cortisone  
stéroïde, ses dérivés et      c) préparations d'hydro-  
ses sels (9 - fluorohydro-      cortisone  
cortisone)
7. *Tétanie parathyroïdienne*  
a) préparations de vitamine D      b) dihydrotachystérol  
contenant au moins 100,000  
à 300,000 U. I./g.  
(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)
8. *Sprue (trouble de l'absorption intestinale)*  
a) vitamine B-12      b) acide folique  
(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)
9. *Myasthénie grave*  
a) physostigmine (ou esérine)      b) néostigmine  
et ses sels  
(chaque médicament utilisé seul)
10. *Goutte*  
a) probénécide      c) colchicine  
b) phénylbutazone      d) allopurinol

11. *Épilepsie*

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| a) phéno barbital                | d) dérivés de la pyrimidinedione |
| b) dérivés de l'hydantoïne       |                                  |
| c) dérivés de l'oxazolidinedione | e) dérivés de la succinimide     |
|                                  | f) dérivés des acétylurées       |

(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)

12. *Maladie de Parkinson*

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| a) benztropine  | c) cycrimine        |
| b) procyclidine | d) trihexyphénidyle |
|                 | e) ethopropazine    |

(chaque médicament pouvant être utilisé seul pour les médicaments de synthèse ou en association)

13. *Tuberculose*

- |   |                  |
|---|------------------|
| a) acide para-amino-salicylique et ses sels | b) isoniazide    |
|   | c) streptomycine |

(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)

14. *Asthme et bronchite chronique*

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| a) épinéphrine (ou adrénaline) | d) théophylline et tous ses dérivés       |
| b) éphédrine                   | e) cortisone et ses dérivés               |
| c) isoprotérénol               | f) dérivés de la cortisone en inhalations |

(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)

15. *Insuffisance cardiaque chronique*

- |   |   |
|---|---|
| a) préparation de digitale pourpre (digitalis purpurea) | b) glucosides cardiotoniques des plantes suivantes : digitalis purpurea et lanata, digoxine, digitoxine |
|   | c) quinidine, ses dérivés et ses sels (chaque médicament employé seul)                                  |
|   | d) diurétiques : thiazides, chlorthalidone  |

16. *Insuffisance coronarienne chronique*

- |   |  |
|---|--|
| a) anti-angineux — préparations connues sous le nom de NITRITES | b) théophylline, ses dérivés et ses sels |
|   | c) papavérine et analogues               |

(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)

17. *Fièvre rhumatismale (RAA)*

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| a) ASA et ses dérivés              | c) pénicilline orale ou en injection à action prolongée |
| b) corticostéroïdes et ses dérivés | d) sulfamidés ou érythromycine                          |



18. *Arthrite rhumatoïde*

a) ASA et ses dérivés

b) phénylbutazone et ses dérivés

c) corticostéroïdes et ses dérivés

19. *Cancers*

a) anti-cancéreux

agents cytotoxiques (alcoylants, antimétabolites, antibiotiques, alcaloïdes anti-cancéreux)

hormones stéroïdes — androgénor et ses dérivés

œstrogènes et ses dérivés

(chaque médicament employé seul ou en association)

b) « ANALGÉSQUES », *i. e.* anti-douleurs, quand ils sont utilisés seulement dans le traitement des cancers

20. *Glaucome*

a) physostigmine (ou esérine)  
et ses sels

c) pilocarpine et ses sels  
d) carbacholine

b) néostigmine

(chaque médicament pouvant être employé seul ou en association)

## Aspects particuliers de la couverture des soins et des services oculaires

Le présent appendice a pour objet d'analyser les conditions relatives à la couverture, par le régime d'assurance-maladie ou le régime d'assistance-maladie, des soins et des services oculaires et de situer, dans ce contexte, le rôle des ophtalmologistes, des optométristes et des opticiens d'ordonnances. Comme nous l'avons indiqué précédemment, il nous apparaît nécessaire de conduire cette analyse en regard de leur champ d'action respectif.

### L'OPHTALMOLOGISTE

*Les soins ophtalmologiques.* — Selon les recommandations de la Commission, les soins médicaux seront couverts dès l'instauration du régime d'assurance-maladie. Par le fait même, les soins ophtalmologiques seront couverts dès le début du régime et, de façon générale, ils seront dispensés par des ophtalmologistes.

*La réfraction.* — Toutefois, dans la pratique, l'ophtalmologiste consacre une partie de son activité professionnelle à la réfraction. Mentionnons, à titre d'exemple, les examens qu'il effectue pour déterminer si la vision est normale sous ses différents aspects. Il apparaît évident que cette partie de l'activité de l'ophtalmologiste est, par sa nature même, intimement liée à son activité en tant que médecin.

Il apparaît donc indésirable et même impossible de tenter de dissocier, dans l'activité de l'ophtalmologiste, d'une part, le diagnostic et le traitement des cas pathologiques et, d'autre part, la réfraction, que ce soit pour les fins de l'assurance-maladie ou toute autre fin. Par conséquent, la Commission est d'avis que la partie réfraction de l'activité professionnelle des ophtalmologistes propre au diagnostic et à la rédaction de l'ordonnance devrait être couverte par le régime en même temps que les soins médicaux.

Toutefois, il ne faudrait pas considérer que la demande d'examens de réfraction sera par le fait même satisfaite. En effet, selon une enquête effectuée en 1964 par le Collège des optométristes du Québec, les optométristes ont procédé, dans cette seule année, à près de 400,000 examens de la vue<sup>1</sup>. Le travail effectué par les optométristes, au nombre de 453 au 31 décembre 1965<sup>2</sup>, ne saurait être pris en

1. Mémoire du Collège des optométristes de la province de Québec à notre Commission, avril 1967.

2. Mémoire sur l'assurance-santé présenté au Comité conjoint de l'Assemblée législative et du Conseil législatif par le Collège des optométristes de la province de Québec, mars 1966, pp. 24-27.

charge par les quelque 140 ophtalmologistes pratiquant au Québec, d'autant moins qu'il apparaît essentiel que ces derniers dispensent, en tout premier lieu, les soins ophtalmologiques. D'ailleurs, les ophtalmologistes eux-mêmes reconnaissent qu'ils ne sont pas en nombre suffisant à l'heure actuelle pour répondre à la demande. Afin de situer l'ordre de grandeur de l'insuffisance, le mémoire des ophtalmologistes compare le rapport actuel d'un ophtalmologiste par 40,000 de population à la norme suggérée par l'Organisation mondiale sur la santé qui est fixée à 1 par 30,000<sup>1</sup>. Cet aspect de l'offre sur le plan des examens de réfraction n'est que partiel. Il faut examiner aussi celui de la répartition géographique des effectifs. Alors que les ophtalmologistes sont actuellement établis, à quelques exceptions près, dans les centres urbains les plus peuplés, les optométristes sont répartis beaucoup plus également à travers le territoire habité du Québec. Bien qu'il soit normal que les ophtalmologistes se soient établis à proximité des centres hospitaliers, il faut bien se rendre compte que les soins et les services optométriques qu'ils dispenseront auront une portée relativement limitée dans les régions rurales et les petites municipalités.

*Les services optométriques.* — Outre leur activité purement professionnelle, il semble qu'un petit nombre d'ophtalmologistes exercent une partie du rôle de l'opticien d'ordonnances en s'adonnant eux-mêmes à la vente de lentilles ophtalmiques et de montures. Cette pratique, en plus de constituer une source de conflits avec les optométristes et les opticiens d'ordonnances, place ceux qui s'y prêtent dans une position difficilement conciliable avec leur statut professionnel.

#### L'OPTOMÉTRISTE

L'optométriste consacre une partie importante de son activité à la recherche et à la mesure des erreurs de réfraction et à l'analyse visuelle, en d'autres termes, aux examens de la vue. Il est évidemment en mesure d'effectuer ces examens quand il ne s'agit que de troubles purement optométriques. Il y a lieu, toutefois, d'examiner ce qui se passe dans les cas pathologiques.

*L'orientation des cas pathologiques.* — Les troubles visuels d'un certain nombre de clients qui consultent l'optométriste sont la manifestation d'affections oculaires ou d'affections organiques. Celles-ci ne peuvent être diagnostiquées par l'optométriste car il n'est pas médecin. À ce sujet, la Commission Hall a fait les constatations suivantes :

Les optométristes rapportent qu'en moyenne 4.4% de leurs clients sont renvoyés à des ophtalmologistes ou à d'autres médecins, mais les données accessibles indiquent que, pour l'ensemble de la population, l'incidence des

---

1. Mémoire de l'Association des ophtalmologistes du Québec, *op. cit.*, p. 9.

affections oculaires ou des maladies dépistées par l'exploration des yeux est d'environ 5%. De toute évidence, ceux qui ont recours aux services de l'optométriste forment un groupe distinct chez qui l'incidence doit être beaucoup plus élevée que 5%.

Les ophtalmologistes ont constaté que près de la moitié des clients qui les consultent pour un trouble de réfraction sont atteints d'une affection oculaire connexe et que près de 13% souffrent d'une maladie générale qui se répercute dans les yeux<sup>1</sup>.

Les données soumises à la Commission par les ophtalmologistes et les optométristes au cours des auditions publiques mettent en relief le même problème. Il s'agit là d'un problème dont l'importance ne saurait être sous-estimée. Aussi, l'optométriste, qui ne juge pas cette situation satisfaisante, demande-t-il, pour la corriger, de parfaire sa formation par l'étude de sujets plus poussés de nature médicale : anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie. Il désire, en outre, bénéficier d'une année d'expérience clinique dans les hôpitaux d'enseignement. Quant aux ophtalmologistes, qui, par suite de la découverte continuelle de méthodes nouvelles et améliorées de diagnostic, sont en mesure d'identifier une proportion toujours plus grande d'affections oculaires, ils recommandent l'établissement de normes sur lesquelles l'optométriste devrait se baser pour diriger son client vers un médecin.

Bien qu'elle ait été favorablement impressionnée par le désir des optométristes de parfaire leur formation, la Commission croit que cet effort doit tendre à améliorer la qualité de leurs services dans le domaine de l'optométrie proprement dit. La Commission reprendra cette question dans un rapport ultérieur, en formulant ses recommandations sur l'enseignement. À son avis, l'acquisition par l'optométriste de connaissances médicales additionnelles destinées à faciliter l'orientation des cas pathologiques ne peut constituer une solution acceptable car ces connaissances ne peuvent être qu'incomplètes.

Par conséquent, la Commission croit que seul l'établissement de normes relatives aux cas pathologiques permettra à l'optométriste de diriger son client vers un médecin chaque fois que les circonstances l'exigent. Il faut noter que ces situations ne soulèveraient pas de problème si l'optométriste était intégré à une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle l'ophtalmologiste assumerait la responsabilité du diagnostic médical.

Enfin, la Commission croit que les normes relatives à l'orientation obligatoire des cas pathologiques, après avoir été élaborées par le ministère de la Santé en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens et le Collège des optométristes, devraient être incorporées dans la Loi des optométristes et opticiens de la province de Québec.

*Les verres de contact.* — Par suite des contre-indications sur le plan médical susceptibles de rendre dangereux le port de verres de

1. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, 1964, vol. I, p. 48.

contact, seul l'ophtalmologiste est pleinement compétent pour les prescrire. L'optométriste ne devrait donc pas avoir le droit de prescrire de tels verres.

En outre, l'ajustement des verres de contact (partie technique) qui demande des connaissances particulières devrait être réservé aux optométristes, aux opticiens d'ordonnances et aux techniciens dont la compétence est reconnue. Les titres requis devraient être déterminés par un comité formé par le Collège des médecins et chirurgiens, en collaboration avec le Collège des optométristes et la Corporation des opticiens d'ordonnances. Une liste des personnes jugées compétentes devrait être dressée et tenue à jour par ce comité.

*La rééducation visuelle.* — Parmi les soins et les services optométriques, on doit noter le développement depuis quelques années de techniques de rééducation visuelle. La rareté des études scientifiques sur cette question, due au développement récent de ces techniques, n'a pas permis à la Commission, à ce stade de ses travaux, de se prononcer sur leur valeur réelle, les conditions dans lesquelles la rééducation visuelle devrait s'effectuer de même que les modalités de leur couverture éventuelle par le régime d'assurance-maladie.

*Les services optométriques.* — La très grande majorité des optométristes assument aussi une partie du rôle propre à l'opticien d'ordonnances en vendant eux-mêmes des lentilles ophtalmiques et des montures. Une telle situation est à l'origine de conflits d'intérêts qui se traduisent par des coûts additionnels pour la population. Aussi, la Commission est-elle d'avis que cette situation, difficilement conciliable avec le statut professionnel de l'optométriste, devrait être corrigée.

Toutefois, par suite du nombre relativement élevé d'optométristes au Québec, il y a lieu de craindre qu'un changement brusque dans ce sens réduise le revenu de plusieurs optométristes à un niveau tel qu'ils pourraient être enclins à abandonner l'exercice de leur profession et priver, dans certains cas, la population de leurs services. La Commission croit donc qu'il y a lieu de corriger cette situation par des moyens à long terme et d'encourager toute mesure visant à la réalisation de cet objectif.

#### L'OPTICIEN D'ORDONNANCES

Les études effectuées par la Commission ainsi que les témoignages qu'elle a reçus ne semblent pas indiquer que la délimitation du champ d'activité des opticiens d'ordonnances suscite des problèmes particuliers.

## **Les effets de la fluoration des eaux de consommation sur la carie dentaire**

L'enquête<sup>1</sup> eut lieu en 1961 et fut conduite en respectant l'ensemble des règles scientifiques. Les résultats en sont d'autant plus valides et dignes de foi. Elle porta sur l'expérience de trois municipalités : Stratford, dont l'eau est fluorée naturellement, Brantford, où elle est fluorée artificiellement et, enfin, Sarnia, où l'eau n'est pas fluorée.

L'étude du tableau XXXVII nous indique qu'à Sarnia un seul enfant sur cent ne présente aucune carie des premières molaires permanentes. À Brantford et à Stratford, ce pourcentage atteint 15 et 16. Si l'on considère les premières molaires permanentes et les incisives permanentes supérieures, seulement 2 pour cent du groupe d'enfants de Sarnia ne présentent aucune carie des premières molaires permanentes. Pour les villes où l'eau est fluorée, on remarque que le pourcentage se situe autour de 18 pour cent. À Sarnia, enfin, 50 pour cent seulement des enfants sont exempts de carie des incisives permanentes supérieures tandis que les proportions s'approchent de 90 pour cent chez les enfants de Brantford et de Stratford.

Si l'on étudie maintenant l'indice CAO (cariée, absente, obturée), on remarque également des différences appréciables.

L'enquête fut renouvelée deux ans plus tard, soit en 1963, dans ces mêmes villes. Les résultats de cette deuxième enquête mettent en évidence deux faits intéressants :

1. Il n'y a pas de différence significative entre les effets obtenus lorsqu'une eau d'alimentation est fluorée mécaniquement et lorsque l'eau contient naturellement du fluor; et
2. l'effet du fluor comme agent réducteur de la carie dentaire persiste au moins jusqu'à l'âge de 18 ans.

Dans la province de Québec, aucune municipalité n'ajoute mécaniquement du fluor à ses eaux de consommation depuis autant d'années qu'à Brantford. Cependant, en 1960, les villes d'Acton Vale et de Berthierville ont commencé à ajouter du fluor à leur eau d'alimentation; elles ont fait, par la suite, l'objet d'une étendue analogue à celle de Brantford.

---

1. Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de l'hygiène dentaire : *Prévention de la carie dentaire dans les collectivités par la fluoration des eaux d'aqueduc*, « La fluoration de l'eau et ses effets sur les dents », Ottawa, avril 1962, pp. 6-11, tableaux 2-8.

TABLEAU XXXVII

Examen des dents permanentes, des premières molaires permanentes et des incisives permanentes supérieures, auprès de groupes d'enfants de 14 et 15 ans, de Sarnia, Brantford et Stratford, 1961

	<i>Sarnia</i>	<i>Brantford</i>	<i>Stratford</i>
% d'enfants sans carie des dents permanentes	1.04	16.46	15.50
Moyenne de perte de dents permanentes par 100 enfants . . . . .	81.74	30.15	25.44
Moyenne CAO des dents permanentes par enfant . . . . .	8.04	3.90	3.23
% d'enfants sans carie des premières molaires permanentes . . . . .	2.09	18.46	18.42
Moyenne CAO des premières molaires permanentes par enfant . . . . .	3.51	2.56	2.21
% d'enfants exempts de carie des incisives permanentes supérieures . . . . .	49.91	86.92	89.47
Moyenne CAO des incisives permanentes supérieures par enfant . . . . .	1.23	0.25	0.19

Source : Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de l'hygiène dentaire : *Prévention de la carie dentaire dans les collectivités par la fluoruration des eaux d'aqueduc*, « La fluoruration de l'eau et ses effets sur les dents », Ottawa, avril 1962, pp. 6-11, tableaux 2-8.

Nous présentons aux tableaux XXXVIII et XXXIX les résultats de la fluoruration, après cinq années d'opération. Ils montrent l'évolution de l'exemption de carie et de la moyenne de CAO. Ces indices s'appliquent à des enfants de différents groupes d'âge. Il ressort clairement que, d'une année à l'autre, les effets bénéfiques de la fluoruration se font sentir. Toutefois, on ne peut s'attendre, après cinq années, que les résultats obtenus soient identiques à ceux de Brantford et de Stratford. En effet, au début, l'état de santé dentaire des jeunes Québécois était nettement inférieur à celui des enfants de Brantford et de Stratford.

TABLEAU XXXVIII

Pourcentage d'enfants sans carie des dents permanentes à Berthierville et Acton Vale; examen fait auprès d'enfants de différents groupes d'âge et selon le nombre d'années de fluoruration

	Nombre d'années de fluoruration	Groupes d'âge				Nombre d'années de fluoruration	Groupes d'âge		
		6-8	9-11	12-14			6-8	9-11	12-14
Berthierville . .	0	31	2.1	0.0	Acton Vale . . .	0	21	2.5	0.0
	1	30	4.7	1.0		1	28	4.7	0.9
	2	53	6.1	1.9		2	37	2.0	0.0
	3	54	10.7	1.0		3	41	6.9	1.4
	4	56	24.0	2.9		4	65	12.0	3.2
	5	62	35.0	7.8		5	61	12.0	4.9

Source : Québec, ministère de la Santé, Division de l'hygiène dentaire : *Le rayonnement de la fluoruration de l'eau dans la province de Québec*, mai 1966, p. 17.

TABLEAU XXXIX

Moyenne CAO des dents permanentes par 100 enfants à Berthierville et Acton Vale; examen fait auprès d'enfants de différents groupes d'âge et selon le nombre d'années de fluoruration

	Nombre d'années de fluoruration	Groupes d'âge				Nombre d'années de fluoruration	Groupes d'âge		
		6-8	9-11	12-14			6-8	9-11	12-14
Berthierville . .	0	181	525	907	Acton Vale . . .	0	238	513	990
	1	166	490	862		1	222	446	915
	2	104	406	680		2	165	478	858
	3	98	346	780		3	133	400	749
	4	91	294	653		4	67	332	735
	5	87	261	637		5	86	333	645

Source : Québec, ministère de la Santé, Division de l'hygiène dentaire : *Le rayonnement de la fluoruration de l'eau dans la province de Québec*, mai 1966, p. 13.



**1. Commissions et comités ayant étudié la question des coûts et des prix des produits pharmaceutiques au Canada**

Comité spécial de la Chambre des Communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques, session 1966-1967, connu sous le nom de Comité Harley (Canada).

Comité permanent de la Chambre des Communes sur les aliments et les drogues, session 1962 (Canada).

Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1962-1964 (Canada).

Commission royale d'enquête sur les brevets et les droits d'auteur, 1960 (Canada).

Commission des pratiques restrictives, Rapport concernant la fabrication, la distribution et la vente des médicaments, 1961 (Canada).

Special *Ad Hoc* Committee Studying Matters Involving the Patent Licensing of Drug Manufacturers, 1965, connu sous le nom de Comité Hilliard (Canada).

Special Committee Studying Existing Legislation on Investigational Drugs, 1966, connu sous le nom de Comité Boyd (Canada).

Special Committee of the Ontario Legislature on the Cost of Drugs, 1963 (Ontario).

**2. Extrait du rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé <sup>1</sup> concernant la recherche faite au Canada par les grandes sociétés pharmaceutiques**

« 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

---

1. Rapport, volume 1, pp. 672-673.

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 Compagny of Canada Ltd.*

« ... en 1959, la compagnie n'a fait aucune dépense directe pour fin de recherches. »

*Cyanamid of Canada Ltd.*

« La société n'exécute aucun 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. »

*Parke-Davis & Compagny, 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-LaRoche 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. »

*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 recherche de la compagnie mère. Son apport se fonde sur le chiffre des ventes. »

*Abbott Laboratories Limited*

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

*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. »

*Winthrop Laboratories of Canada Ltd.*

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

« 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. »

**3. Revenu tiré des mises de fonds**  
**Proportion des recettes obtenues des ressources engagées**  
**Proportion des recettes obtenues des produits vendus**

TABLEAU XL

Revenu tiré des mises de fonds

*Entreprises*

a) qui ont réalisé un profit    b) qui ont accusé un déficit (a) et (b) ensemble

Année	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication
	%	%	%	%	%	%
1953 . . . . .	18.32	17.42	-10.72	- 7.89	16.62	15.03
1954 . . . . .	19.95	14.44	-19.90	- 9.32	17.63	11.42
1955 . . . . .	21.58	15.61	-31.58	- 7.55	18.73	13.69
1956 . . . . .	25.58	13.38	-17.19	-10.00	21.93	11.68
1957 . . . . .	25.03	13.41	-18.18	- 6.42	20.47	9.54
1958 . . . . .	23.85	11.85	-10.53	- 5.23	19.59	8.26
1959 . . . . .	27.25	12.90	- 9.32	- 5.07	23.05	9.25
1960 . . . . .	26.85	11.30	- 3.40	- 6.63	20.55	8.74
1961 . . . . .	21.23	11.45	-16.43	- 4.57	18.57	8.11
1962 . . . . .	21.87	11.93	-47.26	- 7.37	17.79	9.20
1963 . . . . .	24.15	12.20	-60.71	- 6.15	21.92	9.49
Moyenne	23.24	13.26	-22.29	- 6.93	19.71	10.40

**Définitions :**

Revenu — profit net avant les taxes et les intérêts sur obligations, en excluant le revenu sur placements et les autres revenus.

Mise de fonds — total des montants destinés à couvrir le « dû aux actionnaires », les « dettes d'hypothèques », les « autres dettes consolidées », les « actions communes », les « actions privilégiées », et les « surplus » moins les « déficits ».

TABLEAU XLI

## Proportion des recettes obtenues des ressources engagées

## Entreprises

a) qui ont réalisé un profit b) qui ont accusé un déficit (a) et (b) ensemble

Année	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication	Produits pharmaceutiques	Ensemble des entreprises de fabrication
	%	%	%	%	%	%
1958 . . . . .	17.82	10.09	- 5.88	- 2.28	14.28	7.38
1959 . . . . .	18.16	10.91	- 2.76	- 1.93	15.87	8.28
1960 . . . . .	17.02	9.44	- 1.24	- 3.11	14.28	7.33
1961 . . . . .	14.08	9.14	- 9.01	- 2.22	12.44	6.66
1962 . . . . .	15.77	9.52	- 7.48	- 3.43	11.99	7.38
1963 . . . . .	16.34	9.63	- 9.39	- 2.43	13.77	7.51
Moyenne	16.53	9.79	- 5.96	- 2.57	13.77	7.42

## Définitions :

Recettes — profit net avant les taxes et les frais d'intérêts sur obligations et sur hypothèques.

Ressources engagées — actif total moins dépréciation accumulée.

TABLEAU XLII

Proportion des recettes obtenues des produits vendus

*Entreprises*

a) qui ont réalisé un profit b) qui ont accusé un déficit (a) et (b) ensemble

<i>Année</i>	<i>Produits pharmaceutiques</i>	<i>Ensemble des entreprises de fabrication</i>	<i>Produits pharmaceutiques</i>	<i>Ensemble des entreprises de fabrication</i>	<i>Produits pharmaceutiques</i>	<i>Ensemble des entreprises de fabrication</i>
	%	%	%	%	%	%
1953 . . . . .	9.91	8.62	-13.33	- 4.15	9.25	7.48
1954 . . . . .	10.40	7.73	- 8.64	- 5.07	9.08	6.13
1955 . . . . .	11.65	8.07	-13.33	- 4.59	9.96	7.59
1956 . . . . .	12.19	6.97	-16.18	- 5.37	10.90	6.10
1957 . . . . .	12.67	6.90	-11.54	- 6.15	10.59	5.40
1958 . . . . .	11.79	6.61	- 6.22	- 5.28	9.88	5.09
1959 . . . . .	11.68	7.06	- 7.28	- 4.73	10.42	5.53
1960 . . . . .	10.62	6.73	- 3.18	- 4.39	9.24	5.28
1961 . . . . .	8.87	6.86	- 7.48	- 3.89	7.81	5.19
1962 . . . . .	10.77	7.00	- 8.39	- 4.77	7.93	5.47
1963 . . . . .	11.88	6.87	- 7.99	- 4.47	10.05	5.53
<i>Moyenne</i>	11.13	7.22	- 9.42	- 4.81	9.56	5.89

*Définition :*

Recettes — profit net avant les taxes et les intérêts sur obligations et hypothèques, et excluant le revenu sur les placements et les autres revenus.

Source : Étude faite sur les bénéfices réalisés par les fabricants de produits pharmaceutiques du Canada par W. T. Blakely, c.a., à la demande du Comité spécial de la Chambre des Communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques. *Second (dernier) rapport...*, op. cit., pp. 77-78.

## 4. Tableau comparatif des prix au détaillant

TABLEAU XLIII

Tableau comparatif des prix au détaillant des médicaments les plus utilisés <sup>1</sup>

Désignation commerciale	Quantité	Londres Angleterre	Paris France	Berne Suisse	Rome Italie	Bonn Allemagne	Boston États-Unis	Chicago États-Unis	Los Angeles États-Unis	Canada
Chloromycétine . . . . .	100	11.18	—	9.86	11.08*	17.70	33.04	33.04	33.04	23.64
Achromycine . . . . .	100	9.83	—	22.40	19.50*	24.55	16.15	16.15	16.15	17.62
Gantrisine . . . . .	100	2.40	3.05*	4.34*	3.75*	2.56	3.17	3.17	3.16	4.14
Decadron . . . . .	100	14.11	—	—	15.90*	—	15.70	15.66	15.66	17.44
Librium . . . . .	100	3.02	3.66*	2.73	4.12*	3.13	7.56*	7.12*	7.68*	7.20
Équanil . . . . .	100	2.85	—	5.15*	4.25*	—	6.26	7.02	7.34	7.20
Énovid . . . . .	100	7.70*	8.80*	8.47*	19.20*	—	9.46	9.46	9.46	11.70
Butazolidine . . . . .	100	2.12	1.84*	2.33*	—	—	6.31	6.31	6.31	6.18
Prémairin . . . . .	100	5.78	—	8.23	9.85	—	6.79	6.79	6.79	6.36

*Remarque* : Les prix indiqués ci-haut pour la chloromycétine aux États-Unis ont été réduits de près de 50 pour cent depuis, à cause de l'expiration du brevet.

1. Pentids, Mobenol et « 222 » ne figurent pas au tableau parce qu'ils ne sont pas vendus comme tels en dehors du Canada.

— pas vendus ou vendus à teneur différente, rendent les comparaisons impossibles.

\* Calculés sur quantités autres que 100.

Source : *Second (dernier) rapport du Comité spécial de la Chambre des Communes chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques, op. cit., page 85.*

**5. Escomptes consentis sur les prix de détail dans le cadre  
d'une politique d'achat**

TABLE I

**I. BRAND NAME DRUGS :**

I. BRAND NAME DRUGS :		Maximum Percentage discount from retail list price allowed to purchasing agency (1966)	
Name of Drug	Name of Firm	University Hospital Edmonton %	Alberta Dept. of Health %
<i>Antibiotics :</i>			
Erythromycin	Abbott	68	
Erythromycin	Lilly	55	
Novobiocin	Merck	55	
Tetracycline	Nadeau	86	
Chlortetracycline	Lederle	77	
Chloramphenicol	Intra	77	
Cycloserine	Roche	77	
<i>Corticosteroids :</i>			
Prednisone	Schering	96	
Prednisolone	Schering	91	
Triamcinolone	Lederle	55	
Dexamethasone	Merck, Schering	52	
Methylprednisolone	Upjohn	46	
<i>Tranquilizers :</i>			
Promazine	Mowatt and Moore	91	91
Chlorpromazine	Poulenc	80	84
Trifluoperazine	SKF	49	
Hydroxyline	Pfizer	51	
Tranlycypromine	SKF	46	65
Thioridazine	Sandoz	57	67
Triflupromazine Hcl	Squibb	46	70
Phenylzine Dihydrogen sulfate	Warner-Chilcott	43	61
Meprobamate	Wyeth	68	60
Promethazine	Poulenc	59	68
Prochlorperazine	Poulenc	50	68
Chlordiazepoxide	Elliott-Mario	68	
Chlordiazepoxide	Roche	63	67
Diazepam	Roche	55	63

		Maximum Percentage discount from retail list price allowed to purchasing agency (1966)	
Name of Drug	Name of Firm	University Hospital Edmonton %	Alberta Dept. of Health %
Oral Antidiabetics :			
Tolbutamide	Hoechst; Horner	70	70
Phenformin	Arlington-Funk	55	66
II. GENERIC NAME DRUGS :			
Antibiotics :			
Tetracycline	Gilbert	34	
Corticosteroids :			
Prednisone	British Drug Houses	83	
Prednisolone	Bell-Craig	40	
Dexamethasone	Gilbert	29	
	Gil		
Tranquilizers :			
Promazine	Gilbert	30	
Meprobamate	Gilbert	39	

**TABLE II**

*Ratio of lowest price quoted by generic name drug supplier to lowest price quoted by brand name drug supplier, to the University Hospital, Edmonton, Alberta, 1966*

	<i>%</i>
Tetracycline	23
Prednisolone	81
Prednosone	97
Dexamethasone	42
Promazine	65
Tolbutamide	28
Meprobamate	25



TABLE III

<i>Drug</i>	<i>Producer</i>	<i>Ratio of Manufacturing Cost Reported in Green Book to 1966 List price to consumer %</i>
<i>Antibiotics :</i>		
Erythromycin	Upjohn	12
Erythromycin	Merck	29
Cycloserine	Roche	30
Cycloserine	Lilly	31
<i>Tranquilizers :</i>		
Promazine	Wyeth	9
Promazine	Intra	15
Promazine	Mowatt and Moore	18
Chlorpromazine	Poulenc	15
Perphenazine	Schering	7
Trifluoperazine	SKF	1
Hydroxyline	Pfizer	0.7
Thioridazine	Sandoz	17
Triflupromazine	Squibb	9
Meprobamate	Wyeth, Horner	4

Source : *Submission of the Government of the Province of Alberta to the Special Committee of the House of Commons on Drug Costs and Prices, op. cit., pp. 53A-53B.*

